

PE-001 - COMPLICAÇÕES NA DOENÇA DE KAWASAKI: UM RELATO DE CASO

Gabriela Gottems¹, Maria Luisa Zvirtes¹, Aline David¹, Abighail Brune¹, Vivian Wunderlich da Rocha¹

1 - Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES).

Introdução: A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica, aguda e geralmente autolimitada, sendo comum na infância. Tem etiologia desconhecida, mas sugere-se que seja causada por agentes transmissíveis, além de existirem fatores genéticos que contribuem para sua patogênese. **Relato de caso:** Paciente I. B., 8 anos, sexo feminino, interna no hospital com exantema difuso e pruriginoso, associado a febre há cinco dias, hiperemia conjuntival, linfonodomegalia cervical e prostração. Tem história prévia de infecção de via aérea superior há duas semanas. Evoluiu para edema e descamação de extremidades, fissura e eritema em lábios e dor abdominal. Os exames laboratoriais revelaram elevação das provas inflamatórias, plaquetopenia e testes virais e para Toxoplasmose não reagentes. Realizou ecocardiograma três dias após a internação, sem alterações. Com base nos achados clínicos, diagnosticou-se DK, sendo solicitada ao hospital terapia com imunoglobulina, a qual não foi liberada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nem via defensoria pública, apesar de a paciente apresentar os critérios elegíveis para uso. Apresentou melhora do quadro e das alterações laboratoriais, entretanto, em novo ecocardiograma, após uma semana, evidenciou-se comprometimento miocárdico segmentar ventricular esquerdo de grau leve, com função sistodiastólica normal, associado a derrame pericárdico de grau mínimo. Recebeu avaliação de cardiologista, que prescreveu Ácido Acetilsalicílico e Prednisolona. Paciente recebeu alta após treze dias de internação com importante melhora do quadro geral, necessitando de acompanhamento cardiológico para reavaliação. **Discussão:** O diagnóstico de DK é clínico e requer a presença de febre por cinco dias ou mais e, pelo menos, quatro dos cinco sinais de inflamação mucocutânea: alteração na região oral, hiperemia conjuntival bilateral, eritema e edema nas extremidades, exantema polimorfo e linfadenopatia cervical. A DK pode causar diversas complicações, principalmente cardiovasculares, e o tratamento recomendado é com imunoglobulina intravenosa, além da administração de aspirina durante a fase aguda da doença, glicocorticoides podem ser adicionados se risco aumentado de resistência à terapia preconizada. **Conclusão:** A DK é a causa mais comum de cardiopatia primária na infância, portanto, é importante que o diagnóstico seja feito de forma precoce, visto que o tratamento é mais eficaz se for administrado nos primeiros dez dias da doença, evitando complicações.

PE-002 - TUBERCULOSE BACILÍFERA EM LACTENTE: RELATO DE CASO

Maria Luiza Daltoé Raupp¹, Carlos Eduardo Gasparetto¹, Catarina Roos Mariano da Rocha¹, Giovana Nunes Santos¹, Helena Teresinha Mocelin², Isabela Zoppas Fridman¹, Pedro Augusto Horbach Salzano¹

1 - Universidade Luterana do Brasil (ULBRA); 2 - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Pode acometer diversos tecidos do organismo, especialmente pulmonar, ganglionar e meníngeo na infância. Os sintomas são pouco específicos, o que torna a TB um diagnóstico diferencial de outras infecções comuns nesta faixa etária. **Relato de caso:** T.S.T., 6 meses, masculino, apresentava tosse e coriza há cerca de 2 semanas. Apresentou piora clínica com aparecimento de febre, sendo hospitalizado. Ao exame físico, lactente em regular estado geral, acianótico, taquipneico, com tiragem subcostal leve, broncofonia à direita, recebendo 02 1L/min. Imunofluorescência para vírus respiratório, PCR para COVID-19 e hemocultura negativos. O Rx de tórax evidenciou consolidações extensas, bilaterais, predominando à direita. Hemograma normal, PCR 6,94, Procalcitonina < 0,1. A hipótese foi pneumonia adquirida na comunidade (PAC) e iniciou-se antibioticoterapia empírica com Ampicilina. O paciente mantinha dificuldade ventilatória, piora da febre, aumento da PCR 160 mg/L, sem melhora no Rx. Considerado falha terapêutica e suspeitando de complicação realizou-se ecografia de tórax, que revelou extensa área de consolidação no pulmão direito e não evidenciou derrame. Suspeitou-se de TB que foi confirmada por identificação de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) em escarro positiva 2+ e PPD reator 7mm. Iniciado esquema RHZ com melhora clínica e no Rx, a investigação de imunodeficiência foi negativa e o paciente recebeu alta. Após a alta, teve evolução desfavorável por má-adesão ao tratamento, reinternou necessitando ventilação mecânica. Mesmo com confirmação de TB a família informou, após 3 meses de acompanhamento, contato prévio com TB. **Discussão:** Muitos casos de TB na infância são subnotificados pela dificuldade na investigação. Por ser incomum nessa faixa etária e sem achados patognomônicos, o diagnóstico por vezes acaba sendo de exclusão de outras patologias. Lactentes e crianças com desnutrição, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, diabetes ou imunossupressão são suscetíveis ao desenvolvimento de doença ativa. O contato prévio com infectados deve gerar uma suspeita, embora a informação só apareça, em média, após a 4ª anamnese. **Conclusão:** Apesar de novos testes diagnósticos, ainda há carência de diretrizes para interpretação dos testes na população pediátrica. Um alto índice de suspeição é necessário para que médicos considerem esta etiologia em crianças com PAC.