

## PE-053 - PÚRPURA DE HENoch-SCHÖNLEIN EM PACIENTE PRÉ-ESCOLAR: UM RELATO DE CASO

Iago Zang Pires<sup>1</sup>, Adriana Mattedi Soares<sup>1</sup>, Bruna Bastos Pozzebon<sup>1</sup>, Laura Brasil Mittmann<sup>1</sup>, Leonardo Pfeifer Rubin<sup>1</sup>, Maria Paula de Carli Hanel<sup>1</sup>, Mariana Risch de Freitas<sup>1</sup>, Marília Oberto da Silva Gobbo<sup>1</sup>, Renata Diefenthaler Campos<sup>1</sup>, Naiara Oberto da Silva Gobbo<sup>2</sup>

1 - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); 2 - Hospital São Vicente de Paulo.

**Introdução:** A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite sistêmica mais comum na infância. Afeta os pequenos vasos, causando púrpura palpável sem trombocitopenia ou coagulopatias, artralgia, dor abdominal e manifestações renais. **Relato de caso:** Paciente masculino, 5 anos, previamente hígido, levado à emergência com febre alta e hiperemia orofaríngea. Diagnosticou-se amigdalite bacteriana e prescreveu-se Amoxicilina por 10 dias. Sem melhora, iniciou-se o segundo ciclo por 7 dias. Os sintomas retornaram, sendo indicada internação hospitalar. À admissão, apresentou hiperemia de orofaringe, distensão abdominal, artralgia em cotovelos, joelhos e tornozelos, lesões cutâneas purpúricas maculopapulosas eritematosas, petéquias e equimoses, com predomínio em membros inferiores e glúteos, edema e redução da perfusão periférica em pernas e pés, que impediam a deambulação. Exames laboratoriais revelaram leucocitose com desvio à esquerda, trombocitose, velocidade de hemossedimentação aumentada, proteína C-reativa, exame qualitativo de urina e demais exames sem alterações. Diante disso, o paciente foi diagnosticado com PHS. Iniciou-se Ceftriaxone por 7 dias, corticosteroide e analgésico. Após 3 dias, as manchas purpúricas, a dor e o edema regrediram. Na internação, o paciente apresentou sintomas gastrointestinais de resolução espontânea. Na alta, estava assintomático, porém com hemograma com desvio à esquerda. Assim, o Ceftriaxone foi descalonado para Cefaclor para seguimento do tratamento domiciliar e acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A PHS ocorre pela deposição de imunocomplexos IgA em paredes de pequenos vasos, articulações, trato gastrointestinal e rins. Acredita-se que isso se relacione principalmente com infecções. Para confirmação diagnóstica, o paciente deve apresentar ao menos 1 dos 4 critérios: artrite/artralgia aguda, dor abdominal difusa, envolvimento renal e histopatologia compatível com vasculite leucocitoclástica ou glomerulonefrite com depósitos IgA. Em geral, a evolução é autolimitada, sendo o tratamento ambulatorial, com hidratação e anti-inflamatórios. Para reduzir o risco de complicações, usa-se corticosteroide. Caso haja dor abdominal intensa, sangramento gastrointestinal, dano renal ou dor articular que limite movimentos, é indicada internação. Logo, é pertinente investigar proteinúria, creatinina sérica elevada e hipertensão. **Conclusão:** A PHS é uma doença grave e potencialmente fatal. Com diagnóstico precoce e tratamento adequado é possível melhorar prognóstico e reduzir mortalidade.

## PE-054 - OSTEOMIELE AGUDA POR CONTIGUIDADE EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO

Marília Oberto da Silva Gobbo<sup>1</sup>, Beatriz Giassi Zanatta<sup>1</sup>, Gabriela Ponte de Mattos<sup>1</sup>, Iago Zang Pires<sup>1</sup>, Laura Zaffari Leal<sup>1</sup>, Matheus Crippa Petrillo<sup>1</sup>, Maya Yang de Castro<sup>1</sup>, Rafaella Morelle Kolling<sup>1</sup>, Victoria Bizzi Schwartzman<sup>1</sup>, Naiara Oberto da Silva Gobbo<sup>2</sup>

1 - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); 2 - Hospital São Vicente de Paulo.

**Introdução:** A osteomielite aguda é um processo infeccioso grave, que acomete a metáfise de ossos longos e que é provocada, em geral, por bactérias. A incidência é de 1/5.000 crianças, sendo prevalente abaixo dos 5 anos e no sexo masculino. **Relato de caso:** Paciente masculino, 1 ano e 5 meses, previamente hígido. Internado por quadro de urticária e tratado inicialmente com corticosteroide. Ao exame, observou-se picada de inseto na região patelar direita, que evoluiu para celulite com sinais flogísticos e dificuldade para deambular. A ultrassonografia da coxa direita revelou espessamento focal da pele e do tecido celular subcutâneo nos terços distal e lateral da coxa, sem coleções. A radiografia (RX) do joelho direito mostrou edema de partes moles. Exames laboratoriais revelaram leucocitose com desvio à esquerda e aumento da velocidade de sedimentação e da proteína C-reativa. Inicialmente, o paciente foi tratado com oxacilina por 8 dias, sem melhora. Um novo RX de joelho e perna direita foi realizado, e novamente observou-se edema de partes moles. Na avaliação do traumatologista, constatou-se abscesso em joelho direito, com indicação de drenagem, que resultou na obtenção de conteúdo purulento, porém não se realizou cultura devido à antibioticoterapia prévia. O conteúdo do abscesso levou à alta suspeição de osteomielite por contiguidade. Assim, iniciou-se tratamento com vancomicina e ceftazidima por 11 dias. Após, o paciente apresentou melhora clínica, radiológica e evolução laboratorial satisfatória, sendo desescalonado para amoxicilina e clavulanato oral por mais 20 dias, seguido de reavaliação. **Discussão:** A osteomielite por contiguidade ocorre pela inoculação direta de um patógeno, frequentemente *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae*. A doença se manifesta com sinais flogísticos locais, febre, anorexia, irritabilidade e letargia. O tratamento requer antibioticoterapia empírica para gram positivos em crianças maiores de 3 meses, até o resultado da cultura. A partir da melhora do paciente, pode-se optar por terapia oral, com espectro semelhante. A intervenção cirúrgica é considerada se necessidade de drenagem de abscessos subperiosteais e de partes moles, desbridamento de focos contíguos de infecção, excisão de osso desvitalizado ou falha terapêutica em 72 horas. **Conclusão:** Destaca-se a importância do diagnóstico precoce e manejo adequado da osteomielite em crianças, especialmente diante da presença de celulite e abscesso, os quais originaram-se como complicação de uma infecção cutânea simples.