

PE-085 - TOXOPLASMOSE CONGÊNITA E O DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO

Sizuane Rieger Holler^{1,2}, Caroline dos Passos¹, Clarissa Gutierrez Carvalho¹

1 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2 - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Introdução: A toxoplasmose afeta cerca de um terço da população mundial e no Brasil estima-se que 50 a 80% das gestantes e mulheres em idade fértil já foram infectadas e 4 a 5% correm risco de se infectar durante a gestação. Quando a infecção ocorre durante a gestação, pode ocasionar transmissão do parasita ao feto com altos riscos de sequelas para o recém-nascido, especialmente se a infecção ocorrer no terceiro trimestre gestacional. **Objetivo:** Relatar caso de diagnóstico de toxoplasmose congênita em RN com IgM inconclusivo. **Relato de caso:** Gestante soroconverteu com 26 semanas, sorologia IgM reagente e IgG negativa. Exames repetidos após duas semanas mostraram aumento dos títulos de IgG apesar de ainda estar negativa. Iniciado tratamento tríplice até troca para azitromicina no final da gestação. Exame materno quando lactente com 2 meses mostrando a positividade da IgG. RN apresentando em alojamento conjunto ecografia cerebral sem calcificações ou ventroclomomegalia, com fundo de olho sem coriorretinite, apresentava sorologia IgM inconclusiva e IgG positiva, optando-se por iniciar tratamento tríplice a ser mantido por 12 meses. **Discussão:** O caso demonstra que eventualmente a soroconversão materna de IgM pode não se acompanhar da IgG. Além disso, a presença de tratamento materno pode afetar a formação das imunoglobulinas do feto, resultando em exame inconclusivo. Cabe ao pediatra acompanhar os aspectos perinatais atentamente para definir o risco e iniciar o tratamento, que é muito importante no período de menor imunocompetência correspondente ao primeiro ano de vida e reduzir a chance de sequelas.

PE-086 - DACRIOCISTOCELE EM RECÉM-NASCIDO: RELATO DE CASO

Gabriela Schneid da Costa Carvalhal¹, Marina Gervini Wendt¹, Julia Goin de Moraes¹, Marcela Medeiros Saldaña¹, Beatriz Castro Chiarelli¹, Ana Carolina Borges Schio¹, Juliane Halinski Correa¹, Maria Michelle Ferreira Rodrigues¹, Shiren Fathi Yusef Bakri¹, Larissa Hallal Ribas¹

1 - Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

Introdução: As dacriocistoceles congênicas acontecem quando as porções proximal e distal do sistema nasolacrimal estão obstruídas. Acometem somente 0,1% das crianças, com obstrução do ducto nasolacrimal por uma válvula de Hasner imperfurada. A apresentação é perinatal. Os sinais clínicos incluem tumefação azulada em canto medial do olho, epífora e sensibilidade, podendo ser acompanhada por secreção purulenta e febre, quando ocorre a dacriocistite. **Relato de caso:** Paciente masculino, nascido a termo, apresentou tumefação azulada em cantos medial de ambos os olhos. Ao exame físico, as lesões eram sugestivas de dacriocistoceles. Ao pré-natal, Ultrassom havia identificado possíveis cistos. Realizou-se rinoscopia, com presença de cistos de retenção em cavidade nasal. Apresentou resolução espontânea, com drenagem cística, mantendo-se massagem local e higiene nasal com soro fisiológico. **Discussão:** Diferentemente do apresentado, a dacriocistocele é mais comum no sexo feminino e unilateral. É causada pela obstrução anatômica da válvula de Hasner e obstrução funcional da válvula de Rosenmuller, que gera a distensão do saco lacrimal preenchido por muco ou líquido amniótico. O diagnóstico é clínico e os exames complementares são necessários em caso de dúvida diagnóstica. Ademais, não é incomum que a secreção mucosa se estenda para a cavidade nasal, ocasionando dificuldade respiratória e na amamentação. É importante que, em crianças com dacriocistocele congênita, a rinoscopia seja realizada pelo médico otorrinolaringologista. Além disso, o tratamento é controverso. De forma conservadora, opta-se por massagem da via lacrimal e compressas quentes. Já a sondagem da via lacrimal está indicada apenas para os casos em que não se observa resultado satisfatório com a terapêutica clínica. Entretanto, intervenção cirúrgica com dacriocistorrinostomia precoce pode ser indicada, a fim de evitar infecções e sequelas. Entre as complicações, a mais comum é a dacriocistite aguda, na qual o conteúdo em estase serve como biofilme para colonização estreptocócica ou estafilocócica. **Conclusão:** Trata-se de uma lesão rara na qual anamnese e exame físico qualificados são imprescindíveis para a obtenção de uma suspeita diagnóstica. Além disso, o diagnóstico e tratamento adequados tornam-se essenciais para evitar futuras complicações – principalmente a dacriocistite aguda –, e intervenções invasivas desnecessárias.