

PE-097 - SÍNDROME PFAPA: UM RELATO DE CASO

Marina Musse Bernardes¹, Bruna Bastos Pozzebon¹, Laura Gomes Pereira¹, Luísa Rigo Lise¹, Natália Donati Polesello¹, Matheus Silveira Goulart¹, Walter Winter de Moura¹, Simone Sudbrack¹

1 - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Introdução: A síndrome de Febre Periódica, Estomatite Aftosa, Faringite e Adenite cervical (PFAPA) é a causa mais comum de febre periódica, cursando de forma autolimitada e com baixa responsividade a antitérmicos. Mesmo sendo uma doença com curso limitado, é fundamental que o médico tenha sempre um grau de suspeição para realizar o diagnóstico. **Relato de caso:** Feminina, dois anos, vem à consulta por queixa de febre. Pais relatam episódios recorrentes de febre isolada há 8 meses, com duração de 5 dias e intervalo de 15 dias entre eles, e melhora parcial após uso de paracetamol. Em quase todos os episódios, paciente recebeu antibiótico por suspeita de amigdalite. Encontra-se com peso, crescimento e desenvolvimento adequados para a idade. Ao exame físico, está afebril e com o exame físico sem alterações. Exames laboratoriais normais, último detectou anemia com hemoglobina de 10,4 e volume corpuscular médio de 74. Após dois dias, ela retorna sem melhora do episódio febril e refere oligúria, urinando duas vezes por dia, com urina límpida e sem odor característico. Solicitado exame qualitativo de urina (EQU) e urocultura. Dois meses após o primeiro atendimento, paciente retorna com febre contínua há três dias, associado a dor oral, e com resultados de EQU e urocultura negativos. Ao exame físico, afebril, com pequenas lesões ulcerosas na boca. Realizado teste terapêutico com dose única de corticoide e paciente retorna, dois dias após, com melhora total da febre imediatamente após o teste, confirmando o diagnóstico de PFAPA. **Discussão:** A síndrome PFAPA inicia na infância entre dois e cinco anos de idade. Deve ser suspeitada quando se tem episódios febris recorrentes. O diagnóstico é clínico, com a observação dos sintomas, associados a parâmetros normais de crescimento e desenvolvimento. Pode-se realizar um teste terapêutico com dose única de corticosteroide, a fim de observar se houve melhora do episódio. Para descartar diagnósticos diferenciais, é necessário investigar outras queixas, como a de oligúria descrita no caso, a fim de descartar ITU ou outras condições. Em geral, é uma doença autolimitada, assim, normalmente não é necessário tratamento. **Conclusão:** O atraso no diagnóstico da síndrome PFAPA é comum, como aconteceu no caso. Dessa maneira, é fundamental a coleta atenta da história clínica e do exame físico com o objetivo de identificar o padrão da doença. A síndrome, normalmente, não necessita de tratamento, tende a desaparecer com o crescimento e não afeta o crescimento e desenvolvimento da criança.

PE-098 - QUILOTÓRAX CONGÊNITO BILATERAL E RECORRENTE EM UMA PACIENTE DIAGNOSTICADA COM SEQUESTRO PULMONAR

Marina Balod Strassacappa¹, Gustavo Sousa Pinto Castro Barcellos¹, Maria Júlia Pasini Batista¹, Ana Júlia Venâncio¹, Guilherme Parmigiani Bobsin¹, Samuel Carel Land¹, Bibiana de Souza Boger¹, Larissa Prado da Fontoura¹, Jorge Alberto Bianchi Telles², Rafael Fabiano Machado Rosa^{1,2}

1 - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA),

2 - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, 3 - Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Introdução: O quilotórax congênito caracteriza-se pelo acúmulo de linfa na cavidade pleural, ainda no período pré-natal. Sua etiologia é heterogênea e pode estar associada à presença de algumas malformações. **Objetivo:** Nosso objetivo foi relatar um caso de quilotórax congênito e recorrente, identificado ainda no período pré-natal, secundário a um sequestro pulmonar. **Relato de caso:** Gestante, de 24 anos, apresentava ecografia obstétrica realizada com 32 semanas de gravidez evidenciando feto com duas áreas de maior ecogenicidade no interior do tórax, que poderiam corresponder a um pulmão hipoplásico ou a um sequestro pulmonar. No exame com 33 semanas, notou-se também a presença de polidramnia e de derrame pleural em hemitórax esquerdo, com desvio da área cardíaca para a direita. A ecocardiografia fetal mostrou o coração desviado para a direita. A criança nasceu de parto cesáreo pesando 2.500 gramas e com escores de Apgar de 0 no primeiro minuto e de 2 no quinto. Nasceu em parada cardiorrespiratória, necessitando ser prontamente entubada e colocada em ventilação mecânica. Evidenciou-se derrame pleural bilateral, tendo sido colocados drenos no tórax direito e esquerdo. A criança recebeu surfactante e iniciou com antibióticos. Devido a um quadro de hipertensão pulmonar permanente, ela iniciou tratamento com óxido nítrico, e se colocou um segundo dreno à direita, para drenagem de um pneumotórax. A ecocardiografia revelou uma função sistólica diminuída e uma dextroposição cardíaca. A criança apresentou a seguir novo derrame pleural à esquerda, tendo sido realizada toracocentese, e passado novo dreno de tórax. A análise do líquido pleural foi compatível com o diagnóstico de quilotórax. A ecografia de tórax mostrou imagem compatível com massa intratorácica à esquerda, em íntima relação com o diafragma, hiperecogênica, multilobulada, medindo 4 cm x 2,7 cm. A angiotomografia computadorizada de tórax mostrou que essa corresponderia a um sequestro pulmonar do tipo extralobar. A toracotomia exploradora confirmou este diagnóstico. **Discussão:** O quilotórax congênito pode ocorrer isoladamente ou em associação com outras malformações e síndromes, incluindo o sequestro pulmonar, como visto no presente caso. **Conclusão:** Nosso relato salienta a importância da avaliação do tórax, através de exames de imagem, em casos de quilotórax congênito, no intuito de se excluir a possibilidade da presença de anormalidades associadas.