

PE 057 - ABSCESSOS HEPÁTICOS REFRATÁRIOS A TRATAMENTO CLÍNICO, COM EVOLUÇÃO PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO, EM PACIENTE PREVIAMENTE HÍGIDA

Taiane Cechin¹, Melina Utz Melere¹, Marco Farina¹, Sara Ferreira Nunes², Emanuela Conte³

1. Hospital Santo Antônio da Santa Casa de Porto Alegre, 2. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), 3. Universidade Federal de Rio Grande (FURG).

O abscesso hepático (AH) é uma coleção purulenta no parênquima hepático por invasão de microrganismos por via biliar, hematogênica ou disseminação contígua. Sua etiologia inclui infecções bacterianas, parasitárias e fúngicas. Pode ser secundário a infecções extra-abdominais ou lesões hepáticas prévias. O tratamento envolve antibioticoterapia precoce, drenagem percutânea e, às vezes, transplante hepático. Paciente feminina, 14 anos, iniciou com quadro de epigastralgia com irradiação para hipocôndrio esquerdo, despertar noturno e lombalgia. Após 13 dias em uso de medicamentos sintomáticos evoluiu com febre e foi internada. Negativou sorologias para hepatites, citomegalovírus, toxoplasmose, toxocara, herpes, epstein barr (EBV) e entamoeba. Afastada doença inflamatória intestinal, realizadas duas endoscopias digestivas altas (EDA) e duas colonoscopias. Recebeu antibioticoterapia por cerca de 3 meses. A histologia por biópsia percutânea corroborou para a hipótese de abscessos hepáticos. Houve redução das lesões, recebeu alta e utilizou 3 meses de ATB oral a domicílio, mas as lesões aumentaram. Reinternou e foi submetida a duas drenagens percutâneas, com manutenção de drenos pigtails, nova biópsia com resultado similar. BAAR, exame micológico direto, cultivo de mycobacterium e de fungos negativos. Houve crescimento de candida lusitanae e positividade para EBV em biópsia de estômago na segunda EDA, classificado como germe oportunista. Após discussão multidisciplinar, optou-se por transplante hepático. Apresentou trombose de artéria esplênica, necessitando embolização, e síndrome de "small-for-size". Após, apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar. Relato de caso AH em pediatria são incomuns e mais associados a infecções bacterianas, distúrbios imunológicos ou doenças intra-abdominais. A literatura relata que, embora frequentemente associados a doenças hepatobiliares e imunodeficiências, um número considerável de casos apresenta etiologia obscura, especialmente quando não há isolamento de patógenos. Ademais, AH podem ser a manifestação inicial de doenças ainda não diagnosticadas, destacando a importância da investigação diagnóstica abrangente e vigilância clínica contínua. A infecção por AL permanece um relevante problema de saúde pública e suas potenciais complicações graves destacam a importância do diagnóstico precoce, tratamento adequado e medidas preventivas quanto à melhoria do saneamento básico.

PE 058 - ATRESIA DE VIA BILIAR: UM RELATO DE CASO DESAFIADOR

Patrícia Vanzing da Silva¹, Ana Betina Carvalho da Silva², Bianca Tomazelli Feitosa², Eduardo Kuzniewski Zimmermann², Vitória Fernanda Bartoli Lins², Caroline Krein³, Carolina Ramos dos Reis³

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2. Universidade do Vale do Taquari (Univates), 3. Hospital Bruno Born.

Introdução: A icterícia neonatal é uma condição comum nos primeiros dias de vida, podendo ter diversas causas. A icterícia caracterizada pela elevação da bilirrubina direta, é menos frequente e exige investigação detalhada, já que pode estar associada a condições graves, como a atresia das vias biliares (uma anomalia congênita rara, mas importante, que pode levar à insuficiência hepática grave, transplante hepático e até mesmo óbito, se não tratada precocemente). **Relato de caso:** O presente relato descreve o caso de uma paciente do sexo feminino, com 1 mês e 1 dia de vida, transferida da UPA para o hospital por quadro de icterícia (zona de kramer 3), aumento das enzimas hepáticas e leucocitose. Apresentando acolia fecal e baixo ganho ponderal. Durante a investigação, foi constatado aumento de bilirrubina total (7,1 mg/dL) e de bilirrubina direta (5,3 mg/dL), além de elevações das transaminases hepáticas (TGO 198 e TGP 126), e níveis elevados de gama-glutamyltransferase (420 U/L) e fosfatase alcalina (364 U/L). A ecografia abdominal, no entanto, revelou fígado com volume conservado e vesícula biliar pouco repleta, sem dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. Diante do quadro, a paciente foi transferida para um hospital referência na capital do estado, para seguimento especializado. **Discussão:** A atresia biliar, uma das principais causas de icterícia neonatal, é uma obstrução das vias biliares extra e intra-hepáticas, levando à retenção de bile e consequente dano hepático progressivo. O diagnóstico precoce da atresia é crucial, e métodos como ultrassonografia, cintilografia hepática e biópsia são utilizados para confirmar o diagnóstico. O manejo é cirúrgico e essencial para a sobrevivência a longo prazo da criança, e deve ser feito o mais breve possível. No caso apresentado, a associação de sinais clínicos como a icterícia, o não ganho ponderal e os exames laboratoriais alterados sugerem a forte possibilidade de atresia biliar, com a necessidade de intervenção precoce. Embora não tenham sido observadas alterações significativas na ultrassonografia, este não foi um fator impeditivo para o diagnóstico, o que reforça a importância da investigação clínica detalhada, mesmo na ausência de achados ultrassonográficos clássicos. **Conclusão:** Este caso destaca a importância da investigação clínica detalhada em neonatos com icterícia persistente para que o diagnóstico da atresia biliar seja feito de forma precoce, permitindo o tratamento adequado e evitando complicações graves futuras.

PE 059 - ASCARIDÍASE COM ACOMETIMENTO SECUNDÁRIO DAS VIAS BILIARES

Taiane Cechin¹, Melina Utz Melere¹, Marco Farina¹, Sara Ferreira Nunes², Emanuela Conte¹

1. Hospital Santo Antônio da Santa Casa de Porto Alegre, 2. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

A parasitose por *Ascaris lumbricoides* (AL) é uma parasitose intestinal comum em crianças, especialmente em países em desenvolvimento com saneamento básico inadequado. A infecção afeta cerca de 1,5 bilhão de pessoas globalmente, prevalente em regiões tropicais e subtropicais. A transmissão ocorre por ingestão de ovos presentes em solo, alimentos ou água contaminados. Complicações incluem obstrução intestinal e das vias biliares, vôlvulo, intussuscepção e necrose intestinal, e alguns casos necessitam de intervenção cirúrgica. **Relato de caso:** Paciente feminina, 5 anos, iniciou com náuseas, dor abdominal difusa e vômitos, com presença de AL em grande quantidade. Evoluiu com febre, vômitos mais intensos e icterícia. Foi realizado, por suspeita de colangite, tratamento com ceftriaxone e metronidazol, por duas semanas. A ecografia abdominal revelou presença de AL na vesícula biliar, vias biliares intra-hepáticas e no colédoco. Foi submetida à Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), que evidenciou o colédoco obstruído por vermes. A via biliar estava dilatada e continha vermes cilíndricos, removidos por balão. Após a remoção dos vermes, foi realizado tratamento com Ivermectina e Albendazol, com nova dose após melhora do quadro biliar agudo. Contudo, foi necessária nova CPRE devido à persistência de AL na via biliar e ducto colédoco, evidenciada por ecografia abdominal de controle. Paciente evoluiu bem clinicamente e recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. Todos os contactantes do mesmo domicílio receberam tratamento clínico. **Discussão:** A infecção por AL é frequentemente assintomática. No entanto, pode causar complicações hepatobiliares e pancreáticas graves, como colangite, pancreatite aguda e abscessos hepáticos. A colangite, decorrente de infecção bacteriana secundária, pode evoluir para septicemia se não tratada adequadamente, enquanto a pancreatite aguda, pode resultar em necrose pancreática. A formação de abscessos hepáticos, associada à migração dos vermes, pode causar febre, dor no hipocôndrio direito, icterícia e risco de ruptura, e a perfuração biliar, embora rara, representa uma complicação potencialmente fatal, levando à peritonite. A infecção por AL permanece um relevante problema de saúde pública e suas potenciais complicações graves destacam a importância do diagnóstico precoce, tratamento adequado e medidas preventivas quanto à melhoria do saneamento básico.

PE 060 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES CELÍACOS, NO QUE SE REFERE ÀS DIFICULDADES PARA SEGUIR A DIETA SEM GLÚTEN: ENQUETE EM UMA POPULAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL - BRASIL

Alice da Costa Saalfeld¹, Ana Luiza Guedes Pires¹, Cristina Helena Targa Ferreira¹

1. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Introdução: A Doença Celíaca (DC) é uma doença autoimune causada pela ingestão de glúten. O tratamento consiste em uma dieta sem glúten. A adesão à dieta pode afetar a qualidade de vida, especialmente em crianças. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes com DC em relação à dieta sem glúten. **Método:** Estudo transversal, onde foram realizadas entrevistas guiadas com pacientes e familiares, objetivando avaliar a qualidade de vida em pacientes com DC através do questionário Celiac Disease DUX: CDDUX. Também foi aplicado um questionário no que se refere às características da DC, respondido pelos pais ou cuidadores. Foram incluídos 57 pacientes com diagnóstico confirmado de DC. **Resultados:** A pesquisa mostrou que a qualidade de vida dos pacientes está ligada a alguns fatores importantes. No domínio da 'Comunicação', pacientes que relataram dificuldades em seguir a dieta ($p = 0,017$) e aqueles com baixa aceitação pelos colegas ($p = 0,014$) tiveram pior qualidade de vida. O tempo de convivência com a doença também influenciou esse aspecto ($p = 0,033$). No domínio 'Ter DC' (relacionado ao impacto de ter a doença celíaca), os pacientes mais velhos ($p = 0,003$) e aqueles que sentem maior aceitação social da dieta ($p = 0,036$) apresentaram melhor qualidade de vida. No domínio 'Dieta', os principais fatores associados à qualidade de vida foram a dificuldade de encontrar alimentos sem glúten de boa qualidade ($p = 0,049$) e a aceitação da dieta pelos colegas ($p = 0,037$). De maneira geral, o fator mais relevante para a qualidade de vida total foi a aceitação da dieta pelos colegas ($p = 0,011$), o que destaca a importância do suporte social no bem-estar desses pacientes. A qualidade de vida de crianças e adolescentes com DC está significativamente relacionada à adesão à dieta sem glúten. Observamos que 73% dos pacientes com DC relataram sentimentos de tristeza ou grande tristeza ao avaliar sua qualidade de vida, conforme os três domínios do questionário CDDUX. Além disso, a dificuldade na compreensão da qualidade dos alimentos sem glúten é um desafio adicional para esses pacientes. **Conclusões:** Os resultados do modelo de regressão linear indicam que a aceitação da dieta pelos colegas desempenha um papel fundamental na percepção da qualidade de vida. Outro aspecto relevante é o envolvimento familiar, visto que a maioria dos pacientes discute a doença com seus familiares. Por fim, a análise da correlação entre o tempo de doença e a qualidade de vida reforça a necessidade de suporte contínuo para esses indivíduos.

PE 061 - AVALIAÇÃO DO USO DE FÓRMULA HIPERCALÓRICA NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CRIANÇAS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

Taiane Cechin¹, Laura Bainy Rodrigues de Freitas¹, Cristina Helena Targa Ferreira¹, Matias Epifanio¹, Vanessa Adriana Scheeffe¹, Guilherme Viana¹

1. Santa Casa de Porto Alegre.

A principal comorbidade associada à cardiopatia é a denutrição. Estes pacientes possuem tempo de esvaziamento gástrico mais lento, menor tolerância à progressão de dieta e maior gasto calórico. Demonstrar que a melhora do estado nutricional pré-operatório favorece desfechos positivos nos pacientes com cardiopatia congênita cirúrgica. Estudo clínico randomizado realizado no Hospital da Criança Santo Antônio, com pacientes cardiopatas, entre janeiro/2021 e outubro/2024, que fizeram uso da fórmula ao menos por 30 dias antes da cirurgia. Randomizados em dois grupos: Infatrini e Aptamil. O grupo Infatrini recebia fórmula hipercalórica com 1kcal/mL e o grupo Aptamil fórmula normocalórica com 0,67 kcal/mL. Todos os pacientes tiveram como alvo de calorias 150 kcal/kg/dia. Realizadas medidas de peso, comprimento, perímetro cefálico, dobra escapular e tricipital e perímetro braquial na primeira consulta e no dia anterior à cirurgia. Todas as fórmulas foram fornecidas pela Danone Nutricia. Selecionados 14 pacientes, 7 no grupo Infatrini e 7 no Aptamil. No grupo Infatrini, 85% eram do sexo masculino, 33% tinham Síndrome de Down e 15% prematuros. Em relação à nutrição, a média do escore Z foi de -2,76 na primeira consulta e -2,33 no pré-operatório (p 0,02). Em relação às dobras, a média do escore Z de perímetro braquial na primeira consulta foi de -1,42 e no pré-operatório -0,2 (p <0,001). No grupo Aptamil, 57% eram do sexo feminino, 29% tinham Síndrome de Down e 43% eram prematuros. Em relação ao peso, a média do escore Z na primeira consulta foi de -2,91 e no pré-operatório -1,9 (p 0,08). A média do escore Z do perímetro braquial na primeira consulta foi de -1,49 e no pré-operatório 0,06 (p 0,05). O tempo médio de acompanhamento foi de 83 meses. O tempo de internação na UTI e hospitalar teve média de 17 e 24 dias no grupo Infatrini e 5 e 9 dias no grupo Aptamil, respectivamente. O tempo de circulação extracorpórea (CEC) foi semelhante em ambos os grupos. Houve redução do tempo de CEC em ambos os grupos conforme aumento do perímetro braquial. No nosso estudo foi demonstrado que o uso de fórmula hipercalórica foi eficaz em aumentar o peso, dobra escapular, dobra tricipital e perímetro braquial em crianças cardiopatas. Não é possível por este estudo definir a relação entre ganho de peso e menor tempo de internação e UTI, no entanto, o incremento nutricional dos pacientes poderia ser um indicativo de melhores desfechos, principalmente referente ao CEC.

PE 062 - DIAGNÓSTICO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL PEDIÁTRICA: UMA ANÁLISE DA CONCORDÂNCIA ENTRE CLÍNICA, ENDOSCOPIA E HISTOPATOLOGIA

Laura Zaffari Leal¹, Alice Weiss Jung¹, Ana Laura Gonzaga Oliveira¹, Fernanda Aydos Tarrago¹, Giovanna Vissoky Cé¹, Guilherme Siervo Bersagui¹, Júlia Cunegatti Chitolina¹, Lahra Muniz Couto de Braga¹, Natália Mello Polo¹, José Vicente Noronha Spolidoro²

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), 2. Escola de Medicina da PUCRS e Serviço de Gastropediatria do Hospital Moinhos de Vento (HMV).

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) é um distúrbio crônico imunomediado, tendo a Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC) como principais formas. O diagnóstico da DII inclui quadro de dor abdominal e diarreia crônica, somado aos achados endoscópicos e histopatológicos. Avaliar a correlação entre suspeita clínica, achados endoscópicos e resultados anatomopatológicos na investigação de DII. Estudo observacional retrospectivo baseado na análise de exames endoscópicos realizados em pacientes pediátricos em um hospital terciário entre 2022 e 2024. Foram excluídos da análise procedimentos de gastrostomia. Foram realizados 250 exames endoscópicos no período analisado. Desses, 15 tinham como indicação clínica a suspeita de DII, mas apenas 6 tiveram o diagnóstico confirmado por meio da análise anatomopatológica (AP). As colonoscopias desses 6 pacientes revelaram alterações como: inflamação intensa em reto e sigmoide, pseudopólipos e úlceras no ceco, ileíte terminal com exsudato, redução do padrão vascular na transição reto-sigmoide, colite com microúlceras e pancolite. Os achados histopatológicos incluíram inflamação aguda e crônica moderada com ulceração focal, microabscessos cripticos, colite e ileíte crônica ulcerada com granulomas epitelioides, e duodenite crônica com erosões. Além disso, dois exames foram realizados por presença de sangue nas fezes. As colonoscopias desses casos mostraram pancolite ulcerativa e colite segmentar com microúlceras, um deles teve diagnóstico compatível com RCU na AP. Assim, ao todo, 8 pacientes receberam diagnóstico de DII: 4 compatíveis com DC, 2 com RCU e 2 indeterminados. A média de idade dos pacientes foi de 9,44 anos, variando entre 4 e 14 anos. Os dados mostraram que nem todos os casos com suspeita se confirmaram, tendo uma baixa concordância entre a suspeita clínica e o diagnóstico confirmado, com apenas 40% dos casos inicialmente suspeitos sendo confirmados histologicamente. Isso ressalta o papel fundamental de exames endoscópicos associados a biópsias para o diagnóstico preciso de DII. Na infância, os achados clínicos de DII são inespecíficos. A suspeita deve se basear na história, exame clínico e laboratorial. A confirmação diagnóstica exige exames endoscópicos, como a colonoscopia com biópsia, que são fundamentais, especialmente em crianças, nas quais a doença costuma estar em fase inicial e requer alto grau de suspeição clínica.

PE 063 - DIAGNÓSTICO DE ESOFAGITE EOSINOFÍLICA PEDIÁTRICA: UMA ANÁLISE DA CONCORDÂNCIA ENTRE CLÍNICA, ENDOSCOPIA E HISTOPATOLOGIA

Laura Zaffari Leal¹, Alice Weiss Jung¹, Ana Laura Gonzaga Oliveira¹, Fernanda Aydos Tarrago¹, Giovanna Vissoky Cé¹, Guilherme Siervo Bersagui¹, Júlia Cunegatti Chitolina¹, Lahra Muniz Couto de Braga¹, Natália Mello Polo¹, José Vicente Noronha Spolidoro²

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), 2. Escola de Medicina da PUCRS e Serviço de Gastropediatria do Hospital Moinhos de Vento (HMV).

A Esofagite Eosinofílica (EoE) é uma doença inflamatória crônica do esôfago, caracterizada pela infiltração de eosinófilos na mucosa esofágica. Sua prevalência aumentou nas últimas décadas, sendo uma das principais causas de disfagia e impactando significativamente a qualidade de vida dos pacientes, especialmente pediátricos. O diagnóstico exige sintomas compatíveis, alterações endoscópicas e 15 ou mais eosinófilos por campo na histologia. Avaliar a correlação entre suspeita clínica, achados endoscópicos e resultados anatomopatológicos na investigação de EoE. Estudo observacional retrospectivo que analisou endoscopias digestivas altas (EDA) realizadas em pacientes pediátricos atendidos em um hospital terciário entre 2022 e 2024. Foram excluídos da análise procedimentos de gastrostomia. Foram realizados 250 exames endoscópicos no período analisado, excluindo procedimentos de gastrostomia. Dentre eles, quatro exames foram indicados por suspeita clínica de EoE, mas nenhum teve o diagnóstico confirmado após análise histopatológica. Um desses casos apresentou esofagite crônica discreta, porém sem eosinófilos intraepiteliais, enquanto os outros três não mostraram alterações. Outros seis exames, indicados por sintomas como epigastralgia, vômitos, refluxo e baixo ganho de peso, apresentaram achados endoscópicos sugestivos de EoE. Quatro deles foram confirmados por histologia, com mais de 15 eosinófilos por campo de grande aumento (CGA). Os dois restantes não preencheram critérios diagnósticos. Além disso, dois pacientes com endoscopia normal apresentaram mais de 15 eosinófilos por CGA, também sendo diagnosticados com EoE. Esses casos não faziam parte do grupo com alterações endoscópicas, o que reforça a limitação dos achados endoscópicos isolados e destaca a importância da biópsia esofágica mesmo diante de uma endoscopia aparentemente normal. No total, o diagnóstico de EoE foi confirmado em seis casos, com idade média de 8,16 anos (variando de 3 a 14 anos) e predominância do sexo masculino (5:1). Este estudo revela que crianças com EoE podem apresentar sintomas inespecíficos e destaca a importância de realizar biópsias do esôfago proximal, médio e distal, mesmo diante de uma EDA normal, uma vez que o diagnóstico depende primariamente da análise histológica. A EoE requer uma abordagem diagnóstica criteriosa, ressaltando que sua sintomatologia é inespecífica e que a realização de EDA com biópsias é fundamental, mesmo em casos com endoscopia de aspecto normal.

PE 064 - DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: RELATO DE CASO

Eduardo Severini da Rosa¹, Vanessa Helena Leite Mendes¹, Josiane Ranzan¹, Daltro Luiz Alves Nunes¹, Adriano Nori Rodrigues Taniguchi¹, Ilóite Maria Scheibel¹

1. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

A doença inflamatória intestinal (DII), que engloba a doença de Crohn (DC), é reconhecida como entidade clínica multissistêmica, e há identificação crescente de acometimento no sistema nervoso central (SNC). Menino, 9 anos, previamente hígido, com episódios em crise há cerca de 1 ano de dor abdominal, disenteria, inapetência e perda de peso. Iniciou tratamento com azatioprina e prednisolona para manejo sintomático ambulatorialmente, com base na hipótese diagnóstica. Interna no hospital de origem com queixa de prostração. Apresentava hemoglobina de 5,9 g/dL, motivando transfusão de hemocomponentes. Três dias após admissão, apresentou quadro súbito de crise convulsiva tônico-clônica generalizada com duração de 2 min e recuperação espontânea, além de paresia e parestesia em membro superior esquerdo (MSE). Imagens do crânio evidenciaram defeitos de enchimento em seios venosos cerebrais, além de hematoma intraparenquimatoso no lobo temporal direito. Três dias depois, apresentou nova suspeita de crise convulsiva focal em MSE, sendo encaminhado ao HCPA para investigação. Após transferência, não apresentou novos eventos agudos e os sintomas gastrointestinais já haviam remitido. Novos estudos de imagem não evidenciaram progressão das lesões vasculares. O estudo anatomopatológico do intestino grosso foi compatível com DC. Ampla investigação etiológica para acidente vascular encefálico (AVE) foi inconclusiva. Foi tratado com enoxaparina por 21 dias, posteriormente trocada para rivaroxabana, e realizou primeira infusão de infliximabe durante a internação. Recebeu alta em bom estado geral, sem sequelas neurológicas ao exame clínico, com DII controlada, para seguimento ambulatorial. As manifestações extraintestinais da DC estão presentes em 25% dos casos. Estima-se que eventos neurológicos ocorram em cerca de 3% destes. As principais manifestações neurológicas são neuropatia, mielopatia, disfunção vestibular, pseudotumor cerebral, miastenia gravis e distúrbios cerebrovasculares. O risco de AVE foi avaliado como 30% maior na DII em pacientes hospitalizados, sendo especialmente significativo na DC. A desregulação imunológica causada pela inflamação crônica é o principal mecanismo associado. Frente ao exposto, a DII pode apresentar manifestações no SNC mediante mecanismos inflamatórios crônicos ainda em estudo, agregando morbimortalidade. A avaliação de fatores de risco agregados e a intensificação da terapia podem contribuir para melhores desfechos.

PE 065 - EFICÁCIA DOS PROBIÓTICOS NA PREVENÇÃO DA ENTEROCOLITE NECROSANTE EM NEONATOS PREMATUROS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Beatriz Matieli Reina de Moura¹, Bruno Razera Moretti¹, Rebeca Rosa Lima Machado¹, Paola Polis Vargas¹, Luiza dos Santos Noguez¹, Matheus Sebastian da Silva¹

1. Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

A enterocolite necrosante (NEC) é uma inflamação grave e multifatorial que afeta principalmente prematuros, iniciando na mucosa intestinal. Diante de sua alta morbimortalidade, esta revisão sistemática avalia a eficácia dos probióticos na prevenção da doença. Avaliar a eficácia do uso de probióticos na prevenção da enterocolite necrosante em recém-nascidos prematuros por meio de uma revisão sistemática. A revisão sistemática seguiu as diretrizes do método PRISMA. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed e LILACS, utilizando os descritores: (*probiotics*) AND (*necrotizing enterocolitis OR NEC*) AND (*preterm OR premature*), com data de publicação entre 2020 e 2025. Foram incluídos estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados, com exclusão de revisões sistemáticas. A busca inicial resultou em 9 publicações, das quais 2 foram descartadas por não atenderem aos critérios de elegibilidade, resultando em 7 artigos selecionados para compor a revisão. Sowden et al. mostraram que o uso de probióticos de múltiplas cepas reduziu a incidência de NEC e complicações alimentares, além de acelerar a alimentação completa em neonatos prematuros. Samara et al. mostraram que probióticos aceleram a maturação do microbioma, reduzem a inflamação intestinal e promovem estabilidade microbiana em prematuros extremos. Niels et al. mostraram que a suplementação com probióticos reduziu a incidência de enterocolite necrosante em neonatos prematuros, aumentando bifidobactérias e reduzindo patógenos. Claire et al. demonstraram que a suplementação com probióticos multiespécies reduziu a incidência de enterocolite necrosante em neonatos prematuros e sepse tardia. Joseph et al. relataram que o probiótico EVC001 reduziu a incidência e a mortalidade por NEC em lactentes com peso extremamente baixo ao nascer. Gutiérrez et al. observaram redução das formas graves, cirurgias e óbitos por NEC em prematuros que receberam probiótico *Lactobacillus reuteri*. Martí et al. analisaram que a suplementação probiótica resulta em aumento da diversidade bacteriana e menor abundância de bactérias prejudiciais. O uso de probióticos de múltiplas cepas reduziu a incidência de NEC e complicações alimentares em neonatos prematuros. A suplementação acelerou a maturação do microbioma intestinal, aumentou bactérias benéficas e reduziu patógenos, resultando em menor incidência de NEC e sepse. A intervenção também reduziu formas graves de NEC e mortalidade, sendo eficaz e custo-efetiva para prematuros.

PE 066 - EPIDEMIOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE DE RECÉM-NASCIDOS COM GASTROSCUISE SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Letícia Taís Berres¹, Ana Júlia Schiavon Zanin¹, Claudia Comin Pietrobiasi², Laís Antunes de Lima², Gustavo Pileggi Castro², Alexandre Pereira Tognon², Pedro Medeiros Beder Reis¹, Simone Medeiros Beder Reis¹

1. Universidade de Passo Fundo (UPF), 2. Hospital São Vicente de Paulo.

A gastrosquise é uma malformação congênita que expõe alças intestinais, aumentando o risco de complicações graves. O prognóstico depende do diagnóstico precoce e dos cuidados neonatais. Este estudo investiga fatores associados à mortalidade intra-hospitalar em recém-nascidos submetidos a cirurgia. O estudo objetiva descrever o perfil epidemiológico e clínico dos recém-nascidos com gastrosquise que passaram por tratamento cirúrgico, analisando os fatores que influenciam a mortalidade intra-hospitalar. Além disso, busca avaliar a relação entre peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto e complexidade da malformação com os desfechos clínicos. Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e longitudinal, que analisou prontuários de recém-nascidos diagnosticados com gastrosquise no período de 2008 a 2019. Foram coletadas informações clínicas e epidemiológicas, incluindo sexo, peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto, método cirúrgico, tempo de internação e complicações como sepse. A análise estatística foi realizada utilizando *software* especializado, aplicando o teste Exato de Fisher para avaliar associações entre variáveis, sendo considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$. Foram analisados 50 recém-nascidos, dos quais 52% eram do sexo masculino e apresentavam peso médio ao nascer de 2.307g. A maioria dos partos foi cesáreo (90%), enquanto 10% ocorreram por via vaginal. O tratamento mais utilizado foi a interposição de silo, aplicada em 73,5% dos casos. O tempo de internação variou entre 16 e 162 dias, sendo que quase todos os pacientes desenvolveram sepse. A mortalidade intra-hospitalar foi de 20%. Observou-se que recém-nascidos com gastrosquise complexa apresentaram um risco significativamente maior de óbito (45,5% contra 12,8% nos casos de gastrosquise simples, $p = 0,03$). Além disso, a mortalidade foi maior entre os bebês nascidos por parto vaginal (60% contra 15,6% nos nascidos de cesárea, $p = 0,048$). Os achados indicam que a gastrosquise continua sendo uma condição de alto risco, com mortalidade influenciada por fatores como tipo de parto e complexidade da malformação. A alta incidência de sepse reforça a necessidade de estratégias rigorosas de prevenção de infecções. O parto cesáreo mostrou-se associado a melhores desfechos, sugerindo que deve ser a via preferencial. Melhorias na assistência pré-natal, no manejo cirúrgico e nos cuidados neonatais são essenciais para reduzir a mortalidade e melhorar a sobrevida desses pacientes.

PE 067 - FÍSTULA ENTÉRICA APÓS INGESTA DE CORPO ESTRANHO FERROMAGNÉTICO: UM RELATO DE CASO

Maria Fernanda Brum Mac Cord Lanes¹, Lauren Hickmann Muller¹, Laura Zanatta¹, Emily dos Santos Siqueira¹, José Antonio Nunes Razia², Mateus Diesel Miranda², Everton Neubauer Faria²

1. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), 2. Hospital Universitário de Santa Maria.

A ingestão de corpos estranhos é comum na pediatria. Na maioria dos casos, os objetos atravessam o trato gastrointestinal sem dificuldade, porém, a interação entre eles pode levar a graves complicações. Este relato descreve um caso de ingestão de corpo estranho em uma criança, com fístula entérica resultante. Paciente feminina, 6 anos e 9 meses, com diagnóstico prévio de transtorno do espectro autista, sem demais comorbidades. Iniciou com dor abdominal isolada, sem sinais de febre, vômitos ou alterações do hábito intestinal. Em tomografia computadorizada de abdome total, evidenciou-se corpo estranho de atenuação metálica no quadrante abdominal inferior, projetado na topografia jejunal. Optou-se por manejo conservador com polietilenoglicol e acompanhamento radiológico seriado, mantendo-se a paciente assintomática nesse período. Pela ausência de progressão do corpo estranho por mais de um mês, foi submetida à laparotomia exploradora para remoção do material. No intraoperatório, identificou-se múltiplos ímãs esféricos com aderências de alças jejunais e seis orifícios fistulosos por atração entre corpos metálicos. Realizou-se enterorrafia de orifícios fistulosos. Em pós-operatório, permaneceu em unidade de terapia intensiva, com boa evolução do quadro clínico, progressão da dieta via oral e eliminações fisiológicas presentes. **Discussão:** A ingestão de múltiplos ímãs representa um risco significativo devido à capacidade de atração mútua através das paredes intestinais adjacentes, podendo resultar em necrose por pressão, perfuração e formação de fístulas. A literatura recomenda a remoção endoscópica urgente quando possível e, caso contrário, intervenção cirúrgica para evitar complicações. A conduta conservadora foi escolhida pela falta de informações sobre o material ingerido e expectativa de progressão espontânea. A falta de movimentação dos objetos indicou a necessidade de intervenção cirúrgica, desfecho incomum (1% dos casos). Assim, a laparotomia exploradora foi essencial, permitindo a remoção dos ímãs e a reparação das fístulas jejunais. **Conclusão:** O caso evidencia os desafios do manejo na ingestão de corpo estranho em pediatria, sobretudo na ausência de dados sobre o material. A incerteza justificou a conduta conservadora inicial, entretanto a ausência de progressão indicou necessidade cirúrgica. Assim, destaca-se a importância da monitorização contínua e da definição individualizada da conduta, conforme evolução clínica e imagens.

PE 068 - GASTROENTERITE AGUDA COM EVOLUÇÃO PARA QUADRO GRAVE E PROLAPSO RETAL EM LACTENTE: RELATO DE CASO

Pâmela Almeida Moraes¹, Cecilia Mayer Rosa¹, Marina Tavares Ferreira¹, Marília Dornelles Bastos¹

1. Hospital Santa Cruz.

A gastroenterite aguda (GEA) é uma enfermidade comum na infância, geralmente autolimitada. No entanto, casos com evolução grave e complicações incomuns devem ser reconhecidos e manejados adequadamente. Relatamos um caso de GEA com evolução moderada/grave, com necessidade de internação em unidade de terapia intensiva pediátrica e ocorrência de prolapso retal. Lactente masculino de 1 ano e 10 meses, com história prévia de alergia alimentar relacionada ao tomate, com reações exclusivamente cutâneas, iniciou em 05/03/25 com quadro de diarreia sem resíduos patológicos, vômitos, febre e dor abdominal difusa, sem peritonismo ou megalias. Deu entrada em enfermagem pediátrica em 15/03/25 com desidratação, hipocalemia e bexigoma, sendo instituída sondagem vesical de demora e reposição hidroeletrólítica. Exames de imagem realizados, entre ecografia e tomografia de abdome, descartaram abdome agudo cirúrgico, evidenciando adenite mesentérica. Em 16/03, o paciente foi transferido à UTI por piora do estado geral e das crises algícas, de padrão intermitente, mantendo-se, porém, hemodinamicamente estável. Na ocasião optou-se por iniciar antibioticoterapia com Ceftriaxona por suspeita de septicemia. Em 18/03, paciente evoluiu com aumento do esforço evacuatório, associado a raías de sangue e muco nas evacuações e, sobretudo, passou a apresentar episódios intermitentes de prolapso retal aos esforços, com redução espontânea. Considerada a possibilidade de Doença do Refluxo Gastroesofágico e Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), em 19/03 excluíram-se leite e derivados da dieta e iniciou-se inibidor de bomba de prótons (Esomeprazol 0,7 mg/kg/dia), com resposta clínica rápida e favorável. Após manejo clínico medicamentoso das suspeitas diagnósticas e tratamento conservador do prolapso retal, paciente evoluiu com resolução progressiva dos sintomas e do prolapso retal em 48h. Recebeu alta hospitalar em 23/03, assintomático, com seguimento ambulatorial. A associação de GEA com bexigoma e prolapso retal é rara, especialmente em crianças saudáveis. As hipóteses diagnósticas incluíram parasitose, infecção viral e colite inespecífica. Quanto à APLV, aguarda teste de provocação oral para esclarecimento diagnóstico. O caso destaca a possibilidade de evolução grave e excepcional em quadros comuns como GEA, bem como a importância da avaliação ampla, abordagem multidisciplinar e atenção aos sinais de alerta para um manejo eficaz.

PE 069 - HIPERFOSFATASEMIA TRANSITÓRIA BENIGNA NA INFÂNCIA (HTBI) - UM RELATO DE CASO

Amanda Sotoriva¹, Alana Luisa Scherer¹, Caroline Krein², Claudia Ferri²

1. Universidade do Vale do Taquari (Univates), 2. Hospital Bruno Born.

A hiperfosfataseemia transitória benigna é uma condição caracterizada por fosfatase alcalina sérica (ALP) aumentada sem evidência laboratorial ou clínica de doença óssea ou hepática subjacente, geralmente identificada de maneira incidental. Ainda não há consenso na literatura sobre a predominância de determinado sexo são divergentes. Paciente sexo masculino, 1 ano e 4 meses trazido ao atendimento devido a episódio convulsivo secundário a quadro febril. Apresentou sintomas respiratórios prévios, com rinorreia, redução da ingestão alimentar e alterações de hábito intestinal. Ao exame físico: Otoscopia à E evidencia OMA supurativa, e à D hiperemia com abaulamento de membrana timpânica, oroscopia com hiperemia. Sem alterações em ausculta cardíaca e pulmonar, exame abdominal dentro da normalidade, sem defesa, sem megalias. Durante avaliação laboratorial apresentou aumento importante da fosfatase alcalina (FA 7335), sem demais alterações no perfil hepático e pancreático (GGT 15, TGO 34, TGP 30, BT 0,3, BD 0,2). **Discussão:** De acordo com a literatura médica, a prevalência estimada de hiperfosfataseemia transitória benigna varia entre 2,5 e 5,1%, podendo acometer lactentes e crianças de 6 meses a 5 anos. Sabe-se que infecções virais (e. g., citomegalovírus, adenovírus, rotavírus, enterovírus, mononucleose), protozoárias e bacterianas intestinais e, infecção de vias aéreas superiores têm sido sugeridas como possíveis fatores desencadeadores. O diagnóstico é clínico e laboratorial, não sendo necessário exames de imagem. No exame laboratorial a elevação da fosfatase alcalina varia entre 3 e 50 vezes o limite superior do valor para a idade e, retornam ao normal em até quatro meses. O tratamento é sintomático, podendo avaliar a ingestão adequada de vitamina D e, suplementar se necessidade, essa etapa é apropriada para qualquer criança, mas particularmente importante em crianças com suspeita de HTBI. **Conclusão:** Conclui-se que a hiperfosfataseemia transitória benigna é um distúrbio descrito entre bebês e crianças saudáveis, que se resolve de forma espontânea. A maior conscientização e reconhecimento dessa condição benigna são importantes para a população médica, com intuito de um diagnóstico precoce e seguimento clínico, o que evitará procedimentos desnecessários e dispendiosos durante a investigação diagnóstica na população pediátrica.

PE 070 - INGESTÃO DE BATERIA BOTÃO - RELATO DE CASO

Nathalie Tardelli de Oliveira Marcelino Maia¹, Felipe Maia¹, Solimar Stumpf Cordeiro¹, Eneida Quadrio de Oliveira Veiga¹

1. Hospital de Ensino Alcides Carneiro, Petrópolis, RJ.

Introdução: A ingestão de baterias é uma urgência médica. Os pacientes podem evoluir com complicações como lesões graves no trato gastrointestinal (TGI). O diagnóstico e a intervenção adequada são fundamentais para um desfecho satisfatório. **Relato de caso:** Paciente, 11 anos, procurou urgência por relato de ingestão de bateria há 3 dias. Radiografia de tórax apresentou objeto metálico e arredondado, com sinal de duplo halo. Realizada Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com retirada da bateria e laudo de esofagite química grave e úlcera de 3 cm, sem perfuração. Prescrito dieta zero e omeprazol 2 mg/kg/dia. Após 21 dias, realizada nova EDA com laudo de cicatrização do esôfago sem estenose ou gastrite. Liberada dieta oral e reduzida a dose do omeprazol para 1 mg/kg/dia. Recebeu alta hospitalar em dois dias para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A ingestão de corpo estranho é mais frequente em crianças até 5 anos e é, geralmente, não presenciada e assintomática, dificultando o diagnóstico. A ingestão da bateria botão tem grande risco de complicação, como esofagite química grave, estenose, perfuração esofágica, mediastinite, fistulas ou óbito. A clínica inclui disfagia, sialorreia, recusa alimentar, vômitos, dor torácica ou abdominal. Radiografias de tórax e abdome ajudam a diferenciar a moeda da bateria botão através do sinal de duplo halo. A tomografia deve ser reservada para objetos radiotransparentes ou casos de complicações. A EDA auxilia na retirada do corpo estranho e na visualização de lesões. Geralmente, o tratamento é expectante se ingestão de objetos rombos, menores de 2,5 cm de diâmetro ou 6 cm de comprimento, não tóxicos e em pacientes sem comorbidades. A EDA deve ser indicada nos casos que não se encaixam acima ou na ingestão de ímãs e baterias. O tempo para sua realização depende do tipo de corpo estranho. No caso da bateria botão, deve ser em até 2 horas. A cirurgia é restrita aos casos de risco na manipulação ou se falha na tentativa por EDA. Se suspeita de perfuração, deve-se internar o paciente com dieta oral zero, hidratação venosa, sintomáticos, antibioticoterapia e inibidores de bomba de prótons. Pode-se também prescrever mel ou sucralfato, para reduzir o risco de complicações. **Conclusão:** A prevenção com campanhas de conscientização diminui esses casos, orientando responsáveis a supervisionar as crianças e evitar a exposição a objetos que possam ser deglutidos.

PE 071 - INTOLERÂNCIA À LACTOSE EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Méllany Abreu da Costa¹, Ana Carolina Risson¹, Nathiely Kurtz Zafaneli¹

1. Universidade Franciscana.

A intolerância a lactose é caracterizada pela redução dos níveis de lactase na mucosa intestinal, repercutindo na deficiência de degradação de alimentos que possuem lactose em sua composição. Essa patologia apresenta influencia e efeitos no desenvolvimento infantil, provocando desconforto quando não diagnosticada e tratada corretamente. Paciente do sexo feminino, 11 anos, eutrófica, relata que há 1 ano iniciou com dor epigástrica em queimação após ingestão de leite e derivados, associada a diarreia amarelada e despertares noturnos. Como conduta foi orientada a adotar nova dieta isenta de lactose, realizar ultrassonografia abdominal e teste oral de intolerância à lactose. Após 90 dias, relatou remissão completa dos sintomas com dieta restritiva, mas recorrência ao reintroduzir laticínios, além de empachamento pós-prandial aliviado com evacuação. A ultrassonografia foi normal, e o teste de intolerância à lactose confirmou o diagnóstico (glicose em jejum: 91 mg/dL, 30 min: 96 mg/dL, 60 min: 62 mg/dL). Foi prescrita lactase, simeticona e tropinal. Na consulta subsequente, apresentou controle dos sintomas, com desconforto apenas ao consumir lactose. Optou por evitar esses produtos e usar a enzima quando necessário. O diagnóstico foi confirmado pela história clínica e exames. A intolerância à lactose é a dificuldade de digerir a lactose, açúcar presente no leite, por conta da baixa produção da enzima lactase. Isso faz com que essa chegue ao intestino grosso, onde é fermentada por bactérias, causando sintomas como gases, distensão abdominal, cólicas e diarreia. Existem quatro tipos: a do desenvolvimento, comum em prematuros, a congênita, rara e hereditária, a primária, mais frequente, que surge com a idade, e a secundária, temporária, causada por lesões ou infecções intestinais. O diagnóstico pode ser feito por testes como hidrogênio expirado, pH fecal ou tolerância à lactose. O tratamento envolve reduzir o consumo de lactose conforme a tolerância individual, usar produtos sem lactose e, em casos mais severos, suplementar cálcio e vitamina D. A enzima lactase também pode ser utilizada para aliviar os sintomas. Conclui-se, portanto, que o leite pode causar reações adversas na infância, como alergia à proteína do leite de vaca e intolerância à lactose. Cada condição possui sintomas e diagnósticos específicos, sendo o manejo baseado na restrição alimentar, reintrodução gradual dos laticínios e, quando necessário, suplementação e uso da enzima lactase.

PE 072 - MANEJO DA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA COM TERAPIA BIOLÓGICA: UM RELATO DE CASO

Vitória Viviane Ciceri Buffon¹, Felipe Somavila¹, Kyliana Gerhardt Sevald¹, Ellen Vitória Neuhaus¹, Eduarda Sasset Semtchuk¹, Joice de Borba¹, Julia Larrondo Nazário¹, Raquel Simão Dias¹, Hélio Miguel Lopes Simão¹, Juliana Cristina Eloi¹

1. Universidade Feevale.

Introdução: A esofagite eosinofílica (EEo) é caracterizada por uma infiltração significativa de eosinófilos na mucosa esofágica, definida pelo rápido recrutamento de células inflamatórias eosinofílicas em resposta a insultos, como estímulos infecciosos, ácido gástrico e alérgenos ingeridos ou inalados. **Relato de caso:** B. O. S., masculino, 15 anos. Paciente apresenta-se a consulta com gastroenterologista pediátrico com queixas de impactação do alimento e dor epigástrica. Foi realizada endoscopia (EDA) no dia 24/06/24, laudando esofagite crônica moderada, com eosinófilos intraepiteliais (87 eosinófilos/campo grande de aumento CGA). Realizou tratamento com Esomeprazol 40mg 2x ao dia. Após 12 semanas e realização de nova EDA, confirmou-se que o paciente não apresentou melhoras, sendo encaminhado ao alergologista pediátrico, o qual iniciou tratamento com Dupilumab semanal. Após dois meses de uso, foi realizada nova EDA, apresentando esofagite crônica leve com 5 eosinófilos/CGA. Com seguimento do Dupilumab, o paciente apresentou hiperemia ocular, solucionada com o uso de patanol colírio e corticoide, portanto as doses de Dupilumab foram espaçadas a cada 15 dias, ocorrendo melhora dos sintomas oculares. **Discussão:** A EEo é uma doença multifatorial sendo a EDA padrão ouro no diagnóstico, apresentando disfunção esofágica e 8805,15 eosinófilos por campo de alta potência. O tratamento envolve a combinação de dieta, dilatação esofágica e medicação. O uso de corticosteroides não é mais recomendado, dado os efeitos colaterais e perigos do longo prazo. A terapia com IBP é a primeira linha de tratamento e varia a taxa de remissão, reduzindo a lesão ácida e restaurando o dano epitelial, embora aumente os riscos de disbiose intestinal. É importante destacar a dificuldade de adesão à terapia com IBP no paciente mencionado, especialmente devido a faixa etária. A terapia biológica com Dupilumab é a mais moderna atualmente, sendo um anticorpo monoclonal que se liga ao receptor de IL-4, estudos demonstram alívio significativo de sintomas, a redução da contagem de eosinófilos e a melhora da distensibilidade esofágica. No entanto, vale ressaltar a dificuldade de acesso a esse anticorpo, dado ao alto custo. **Conclusão:** Assim, conclui-se que a EEo é uma doença multifatorial que requer um manejo multidisciplinar, envolvendo gastroenterologistas, alergologistas e nutricionistas. A falha ao tratamento com IBPs, devido a dificuldade de adesão e alta taxa de remissão destaca a necessidade de terapias mais direcionadas, como o Dupilumab.

PE 073 - PANORAMA DA MORTALIDADE POR ENTEROCOLITE NECROSANTE NOS RIO GRANDE DO SUL (RS): UM ESTUDO ECOLÓGICO

Rany Jeronimo Rochadel¹, Eduardo Araldi Didoné¹, Isabella Della Flora Bolzan¹, Gabriel Blank Krause¹, Renan Pablo Bittencourt Lobato¹, Gabriel Matias Coswig¹, Matheus Rubio Cavalheiro¹, Livian Abentroth Della Flora², Helena Piovesan Maciel¹, Larrissa Hallal Ribas¹

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPel), 2. Universidade de Passo Fundo (UPF).

A Enterocolite Necrosante (ECN) caracteriza-se por necrose isquêmica da mucosa intestinal, associada a inflamação grave, invasão de organismos formadores de gás entérico e dissecação de gás para a parede intestinal e sistema venoso portal. A ECN é responsável por aproximadamente 10% da mortalidade de recém-nascidos atendidos em unidades de terapia intensiva neonatal. Avaliar os óbitos por ECN em RN no Rio Grande do Sul (RS), com base em uma comparação entre os anos de 2019 e 2023. Trata-se de um estudo ecológico que analisou dados sobre a mortalidade de ECN no RS, nos anos de 2019 e 2023. Foram incluídos dados de recém-nascidos com entre 7 e 28 dias de vida, cujas informações foram obtidas em tabelas disponíveis no DATASUS. De acordo com os dados disponíveis, foram registradas 104 mortes por ECN no período de 2019 a 2023, evidenciando a relevância dessa condição como uma importante causa de mortalidade pós-natal e um problema de saúde pública infantil. Entre os anos analisados, 2020 e 2021 se destacam com os maiores números de óbitos, totalizando 31 (29,8%) e 24 (23%) casos, respectivamente. O ano de 2019 também apresentou um número expressivo, com 21 mortes (20,2%). Em comparação, 2023 e 2022 tiveram os menores registros, com 15 (14,5%) e 13 (12,5%) casos fatais. Embora a maioria da incidência ser em RN de muito baixo peso (1.500g), nascidos com idade gestacional <32 semanas e bebês a termo também podem desenvolver ECN. Os fatores de risco incluem doenças associadas, como sepse neonatal, e alimentação com leite não humano, aumentando o risco de complicações e, consequentemente, da morbimortalidade. Além disso, os números expõem que, apesar de a ECN ser uma causa relativamente frequente, observa-se uma redução no número de óbitos, que pode ser explicada pelo avanço nos cuidados neonatais, diagnóstico e tratamento precoce, sugerindo uma evolução no manejo da patologia. Assim, incentiva-se a realização de estudos futuros, longitudinais, para aprofundar a investigação dos determinantes da mortalidade por ECN no RS e reduzir as limitações inerentes ao delineamento ecológico.

PE 074 - PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM ESOFAGITE EOSINOFÍLICAS CONCOMITANTE COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM UM HOSPITAL NO SUL DO BRASIL

Alexandra Anabell Figueroa Parrales¹, Caroline Montagner Dias¹, Vanessa Adriana Scheeffer¹, Marco Aurelio Farina Junior¹, Marina Nunes Souza¹, Jhoher Andres Romero Aldaz¹, Vitoria Jorge Cenci¹, Cristina Targa Ferreira¹

1. Hospital de Criança Santo Antonio (HCSA).

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) (Doença de Crohn - DC - e Retocolite Ulcerativa- RCU), são condições inflamatórias crônicas imunomediadas que afetam o trato gastrointestinal. Embora incomum, a associação com a Esofagite eosinofílica (EEo), vem sendo mais frequente, sugerindo possíveis mecanismos imunológicos compartilhados, como predisposição genética. Conhecer o perfil clínico dos pacientes pediátricos com DII e EEo concomitante. Se realizou relato de caso descritivo, retrospectivo, com revisão de prontuário médico eletrônico. Foram avaliados os dados de 6 pacientes com EEo em pacientes com DII, com idade entre 8 a 15 anos, sendo 3 do sexo masculino e 3 do feminino, 1/3 dos pacientes relatou alergia alimentar. Os sintomas mais frequentes foram perda de peso e dor abdominal, presentes em 2/3 dos pacientes com DC e RCU. Hematoquezia foi mais comum em RCU (100%) do que em DC (66,7%). Comorbidades incluíram asma, eczema e artrite enteropática nos pacientes com DC, e deficiência de G6PD em um paciente com RCU. O diagnóstico de EEo foi concomitante ao diagnóstico de DII em quatro pacientes. Nos outros dois pacientes, o diagnóstico de EEo ocorreu durante o acompanhamento da DII, com 15 meses após DC e 38 meses após RCU. A EEo foi diagnosticada por meio de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), observado achados como anéis circunferenciais, sulcos verticais ou exsudatos brancos. Confirmado mediante estudo histológico, revelando mais de 15 eosinófilos por CGA. Nenhum paciente que desenvolveu EEo durante o acompanhamento da DII estava em uso de inibidor de Bomba de Prótons (IBP). O tratamento inicial para EEo foi o uso de IBP, mostrando uma importante remissão da EEo após o tratamento, com redução no número de eosinófilos nas EDAs de controle para menos de 10 eosinófilos/CGA. Esta série de casos destaca a importância da EDA na investigação de sintomas atípicos em pacientes com DII. O uso de IBP demonstrou ser eficaz no tratamento inicial da EEo nesses pacientes. A identificação de padrões e associações entre estas doenças inflamatórias, poderá contribuir para uma melhor compreensão da sua interação e para o desenvolvimento de abordagens diagnósticas e terapêuticas mais direcionadas. Estudos prospectivos são necessários para melhor elucidar a relação entre essas condições e otimizar as estratégias de manejo clínico, visando a redução da morbidade e a melhoria da qualidade de vida.

PE 075 - REGURGITAÇÃO EM LACTENTES, UM DESAFIO NA PUERICULTURA

Nathália Dal Prá Zucco¹, Laura Guimarães Sandoval de Matos¹

1. Universidade Federal da Fronteira Sul.

A regurgitação em lactentes é queixa frequente em consultas de puericultura. De acordo com a literatura, cerca de 40% dos bebês apresentam regurgitação diariamente¹. Sintomas fisiológicos devem ser diferenciados de patologias como a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV), a fim de evitar intervenções excessivas. G. D., 2 meses e 27 dias, acompanhado dos pais, vem para primeira consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde com médica residente em Medicina de Família e Comunidade. Primeiras consultas foram realizadas com médico particular (não especialista). Mãe relata que o filho apresenta regurgitação desde os primeiros dias de vida, além de choro frequente, mais intenso antes de evacuar. Frente às queixas, o médico que acompanhava o bebê suspeitou de DRGE e prescreveu domperidona e sucralfato. Diante de pouca resposta terapêutica, o médico suspendeu os medicamentos e levantou hipótese de APLV, prescrevendo leite de soja, o qual não teve aceitação por parte do bebê. No momento, em aleitamento materno complementado com fórmula infantil de partida. Peso: 6,2 kg. Questionado sintomas de DRGE e de APLV. Mãe negou arqueamento de tronco, sibilância, recusa alimentar, perda ponderal, distensão abdominal, diarreia, hematoquezia e lesões de pele. Conduta: orientado os pais sobre probabilidade de refluxo fisiológico somado a quadro de cólicas do recém nascido, assim como a ausência de indicação de medicações no momento. Explicado sobre medidas gerais de controle de sintomas, com incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Solicitado retorno breve. Com 3 meses e 15 dias, mãe refere que o bebê está regurgitando menos e está menos choroso. Ganho de 27 g de peso por dia. Casos de regurgitação do lactente requerem uma boa relação médico-pessoa, com espaço aberto para questionar sinais de alarme e tranquilizar os pais quando esses não são encontrados. Quando há sintomas e sinais de alerta, deve se considerar DRGE ou APLV. Nesses casos, medidas como a supressão da proteína do leite de vaca na dieta da mãe e o uso de fórmulas espessadas devem ser realizadas antes da prescrição de medicamentos². Normalmente, a regurgitação em recém-nascidos é uma condição benigna e que tende a resolver-se por volta de 12 meses de vida², sem intervenção medicamentosa e sem a necessidade de solicitação de exames. É imprescindível manter o acompanhamento de puericultura, atentando para sinais que possam mudar o fluxograma de investigação.

PE 076 - ACIDEMIA ORGÂNICA POR MUTAÇÃO DO GENE HMGCL

Gabriela Cirimbelli Maragno¹, Fernando Dal Bó Michels¹, Karla Dal Bó Michels¹, Aline Zilli Hadrich¹, Thais May Feliciano¹, Mariana G. Mendonça¹, João Vitor Busatta¹, João Vitor Marosin de Oliveira¹, André da Silva Tusi¹, Bruno Pedro Marques de Avellar Dal-Bó¹

1. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Introdução: O erro inato do metabolismo (EIM) é um grupo de doenças genéticas caracterizadas por defeitos enzimáticos que comprometem vias metabólicas e podem afetar diversas funções do organismo. As acidemias orgânicas, subgrupo dos EIM, são mais comuns em crianças e podem ser confundidas com septicemia devido à presença de acidose metabólica e encefalopatia. **Relato de caso:** O relato descreve um recém-nascido masculino de 12 dias que apresentou sucção débil, sonolência e perda de peso significativa. Inicialmente tratado para sepse, desenvolveu acidose metabólica grave, necessitando de internação em unidade de terapia intensiva e reposição de bicarbonato e glicose. Com a persistência da acidose, foi coletado um painel genético que identificou uma mutação patogênica no gene HMGCL. O paciente apresentou melhora progressiva após tratamento e foi encaminhado ao centro de referência. **Discussão:** O gene HMGCL é responsável pela codificação da enzima mitocondrial 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A liase, fundamental no metabolismo da leucina e na síntese de corpos cetônicos. A deficiência dessa enzima resulta no acúmulo de ácidos orgânicos, causando acidose metabólica e hipoglicemia. A mutação do gene HMGCL é uma condição rara, com poucos casos registrados mundialmente, e pode ser fatal se não diagnosticada e tratada precocemente. **Conclusão:** O estudo reforça a importância da identificação precoce para redução da mortalidade.