

## EDITORIAL

Com muita alegria apresentamos os Anais do XV Congresso da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (CONSOPERJ) realizado do dia 30/11/2023 a 02/12/2023 no Centro de Convenções EXPO MAG na cidade do Rio de Janeiro.

O evento contou com a participação de aproximadamente 800 congressistas e apresentou temas de elevada relevância na Pediatria e respectivas Áreas de Atuação elaborados pelos nossos 24 Departamentos Científicos e 7 Grupos de Trabalho.

Conferências, mesas redondas, painéis, fóruns e workshops foram apresentados por renomados professores com presença expressiva de congressistas que abrilhantaram o evento cientificamente.

Foram inscritos 230 Temas Livres dos quais aproximadamente duzentos foram selecionados para exposição e os dez melhores selecionados pela Comissão Científica do Congresso para apresentação oral.

A presente publicação apresenta o resumo de todos trabalhos apresentados no XV CONSOPERJ e com toda certeza será de extrema importância científica tanto para seus autores assim como para todos colegas Pediatras.

Finalmente quero agradecer a Diretoria Executiva da SOPERJ e toda Comissão Científica do XV CONSOPERJ pelo grande sucesso do evento.

Um grande abraço a todos.

Claudio Hoineff

## Bioética

## A AUTONOMIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE À LUZ DOS CONCEITOS BIOÉTICOS: RELATO DE CASO

**KATIA NOGUEIRA (UNESA-IDOMED), BARBARA GOMES ENGEL (UNESA-IDOMED), CAROLINA DE ARAUJO LOPES (UNESA-IDOMED), FLAVIO LIMA BARRETO SARDINHA (UNESA-IDOMED), LARISSA OLIVEIRA DE FARIA (UNESA-IDOMED), JOÃO VICTOR BISPO (UNESA-IDOMED)**

A autonomia da criança e do adolescente é um tema importante da bioética, que envolve questões sobre o respeito pelos direitos e dignidade humanos. Este trabalho parte de um relato de caso real adaptado, com o objetivo de discutir a autonomia da vontade da criança e do adolescente em conhecer seu estado de saúde através de uma perspectiva bioética.

Menino, 13 anos, diagnosticado com Leucemia Linfóide Aguda aos 10 anos, foi submetido a diversos tratamentos inclusive transplante de medula óssea. Após 3 anos, as propostas curativas foram esgotadas e os médicos declararam fase terminal da doença. A família optou por não revelar ao filho o prognóstico, no intuito de preservá-lo de sofrimento extra, alegando que essa decisão cabia a eles. A criança não sabia do real motivo pelo qual estava sendo internada. A equipe médica buscou o comitê de ética do hospital, enfatizando a importância da verdade e da participação do paciente no processo de tratamento. Ao final, os pais concordaram em contar a verdade ao filho.

A autonomia da vontade é um tema importante no estudo da bioética. O Relatório Belmont, 1979 propôs a adoção de três princípios básicos: Autonomia, Beneficência e Justiça. Em 1979, o princípio da Não-maleficência foi incorporado. Quando aplicados a crianças e adolescentes, em especial concernente à autonomia da vontade, deve-se considerar o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, bem como a necessidade de orientação e suporte para tomar decisões informadas. A autonomia nesses casos é relativa, haja vista a evolução do discernimento de acordo com a idade. Para analisar a autonomia infantil de maneira isenta, é necessário despir-se da atitude paternalista, que projeta na criança e no adolescente uma visão de incapacidade. O Estatuto da Criança e do Adolescente, define as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento, que demandam proteção integral e prioritária por parte da família, sociedade e do Estado, prevê a integração operacional dos órgãos e instituições públicas e entidades da sociedade civil, visando à proteção, à responsabilização por ação ou omissão de violação dos direitos. Segundo as etapas do desenvolvimento e amadurecimento cognitivo de Piaget, um adolescente de 13 anos já é capaz de discernir e racionalizar seus pensamentos e atitudes. Os pais violaram sua autonomia, os quais deveriam ser protetores e fomentadores dos interesses desse adolescente. Contudo a equipe médica buscou apoio da equipe multidisciplinar.

Concluindo a autonomia da criança e do adolescente é fundamental e as situações são individuais, levando em conta a autonomia relativa desses pacientes, seu desenvolvimento cognitivo e psicossocial, e os direitos assegurados pelo ECA. A tomada de decisões éticas e sensíveis é essencial para garantir o bem-estar e a dignidade dos pacientes em fase terminal.

**Palavras Chave:** BIOÉTICA, DOENÇA TERMINAL, CUIDADOS PALIATIVOS, AUTONOMIA

## Infectologia

## ANÁLISE TEMPORAL DA CIRCULAÇÃO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM CRIANÇAS ADMITIDAS EM HOSPITAIS PEDIÁTRICOS DO RIO DE JANEIRO, DURANTE 3 ANOS DE SEGUIMENTO

**RENATA NOVELLINO DO ROSÁRIO AZZI (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), TAYNÁ BASTOS MOURÃO VIANA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), GUSTAVO DUQUE YECKER (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MATHEUS FREIRE DE LIMA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MARIA IZABEL MULLER DE CAMPOS DUTRA E SILVA DE ANDRADE (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), ANDRÉ RICARDO ARAUJO DA SILVA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA)**

O vírus sincicial respiratório (RSV) é uma doença comum que afeta as vias aéreas e constitui um dos tipos de doenças mais frequentes e graves nos primeiros meses de vida, principalmente em recém-nascidos, lactentes jovens e nos prematuros. O RSV é responsável por 50-90% dos casos de bronquiolite e por aproximadamente 50% de todas as pneumonias na infância, principalmente nos meses de outono e inverno.

Nos últimos anos, notou-se uma mudança de padrão na circulação do RSV que pouco aparecia nos meses mais quentes.

Descrever a temporalidade da circulação do vírus sincicial respiratório em crianças admitidas em hospitais pediátricos do Rio de Janeiro.

Método: Série temporal de casos de RSV detectados em pacientes pediátricos (0-5 anos) admitidos em duas unidades hospitalares do município do Rio de Janeiro, entre janeiro de 2021 e 31 de agosto de 2023, possuindo 175 leitos de internação em conjunto. Foram incluídos todos os pacientes com quadros confirmados de RSV por teste de imunocromatografia realizado na admissão dos pacientes, de acordo com a suspeita clínica. Os casos foram analisados de acordo com as semanas epidemiológicas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde.

Em 2021, foram detectados 51 casos de RSV, sendo que 18 (35,3%) dos casos ficaram concentrados entre as semanas epidemiológicas 44 e 48 (31/10/2021 a 6/11/2021). Em 2022, foram detectados 88 casos, sendo que 40 (45,5%) destes foram diagnosticados entre as semanas epidemiológicas 16 e 26 (17/4/2022 a 2/7/2022). Em 2023, até o dia 31 de agosto, foram diagnosticados 154, sendo 128 (83,2%) entre as semanas epidemiológicas 10 e 24 (5/3/2023 a 17/6/2023). Os resultados encontrados mostram uma mudança no comportamento do vírus ao longo dos anos estudados, muito provavelmente pelas restrições de circulação impostas pela pandemia de COVID-19 nos anos de 2020 e 2021. Habitualmente a circulação do vírus ocorre no período de outono/inverno na cidade do Rio de Janeiro, havendo uma concentração de casos de forma atípica no mês de novembro de 2021. O padrão de circulação em 2022 obedeceu ao padrão histórico da circulação do vírus, com maior número de casos concentrados entre os meses de abril e julho. E, finalmente, apesar do ano de 2023 estar em andamento, notamos um aumento expressivo no número de casos diagnosticados, com maior concentração de casos iniciando em período anterior ao esperado (final do verão) e se prorrogando até junho, provavelmente em decorrência do fim das restrições impostas

pela COVID-19 e fim do estado de emergência em saúde pública internacional

Notamos um aumento progressivo do número de casos de RSV em crianças internadas em dois hospitais pediátricos do município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2021 e 2023, com mudança no padrão de sazonalidade, provavelmente decorrente da pandemia de COVID-19

**Palavras Chave:** VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO, COVID, SAZONALIDADE

## Alergia e Imunologia

### FARMACODERMIA BOLHOSA GRAVE: SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON/ NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA

**MARIANA GOMES PEÇANHA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), ALICE D'ÁVILA COSTA RIBEIRO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), LARISSA AQUINO DE OLIVEIRA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), ANA LUISA BORGES NEVES MANHÃES (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MARIANA REIS CABRAL VILLARI (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), GABRIELA SALVAREZ TEIXEIRA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), JOSIANE DE LIMA BALBINO DOS SANTOS (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), JAQUELINE COSER VIANNA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), RODRIGO CARDEAL MENEZES (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MONICA SOARES DE SOUZA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)**

A maioria das reações cutâneas a fármacos apresentam bom prognóstico, mas, cerca de 2% podem ser graves e fatais. A Síndrome de Stevens Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) representam farmacodermias graves bolhosas. São caracterizadas por máculas eritematosas, purpúricas que evoluem para bolhas devido a necrose epidérmica. A SSJ apresenta descolamento cutâneo menor que 10% da superfície corporal, o overlap entre 10 e 30% e a NET maior que 30%. O índice de mortalidade da SSJ é 1-5% e da NET é de 25-35%.

Paciente feminina, 11 anos, internada há cerca de 30 dias com quadro de encefalite por vírus Epstein Barr (EBV), convulsões de difícil controle e pneumonia associada à ventilação mecânica. Uso prévio de aciclovir por 21 dias e imunomodulação por 3 dias para tratamento da encefalite por EBV. Evoluiu com febre, calafrios, rash eritematoso em tronco, lesões bolhosas em lábios, em uso de vancomicina, cefepime, fenobarbital, carbamazepina, valproato, levetiracetam, haloperidol, diazepam, prometazina, loratadina e paracetamol. Ao exame físico, apresentava lesões ulceradas e fissuras labiais, aftas em palato posterior, rash eritemato papular em tronco, discreto edema e hiperemia em pavilhão auricular esquerdo. Após avaliação da imunoalergia, indicado corticoterapia e anti-histamínico, com suspensão de anticonvulsivantes aromáticos inicialmente e substituídos vancomicina e cefepime por teicoplanina. Houve progressão das lesões, com aumento da extensão das bolhas e áreas de descolamento. Indicada imunomodulação e retirada de todos os anticonvulsivantes, mantendo exclusivamente diazepam por 36 horas. Reiniciados levetiracetam, clobazan e diazepam Realizada biópsia cutânea evidenciando extensa necrose da epiderme com escasso

infiltrado inflamatório na derme, fortalecendo o diagnóstico de farmacodermia. Boa evolução clínica, neurológica e dermatológica, alta hospitalar em uso de clobazan e levetiracetam.

Farmacodermias graves bolhosas representam uma emergência médica. Neste relato a primeira hipótese etiológica para a SSJ/NET, foram o fenobarbital e a hidantoína, sendo suspensos. Indicados o uso de corticoide sistêmico, imunomodulação e retirada de todos os anticonvulsivantes pela progressão da reação de hipersensibilidade. Infecções por herpes vírus podem estar associadas como potencializadoras em pacientes com hipersensibilidade aos anticonvulsivantes como: fenobarbital, hidantoína, lamotrigina e valproato.

O diagnóstico da SSJ/NET é clínico, podendo ser confirmado pela histopatologia. Atualmente, estudos do HLA são realizados com o objetivo de identificar os suscetíveis a reações de hipersensibilidade a anticonvulsivantes aromáticos entre outros. Médicos devem estar atentos para identificar essas farmacodermias, suspender o agente desencadeante e iniciar o tratamento apropriado.

**Palavras Chave:** FARMACODERMIA, STEVENS JOHNSON, NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS À DRA. MARIA ELISA LENZI RIBEIRO PELA AJUDA DA EXECUÇÃO DA BIÓPSIA CUTÂNEA

## Neonatologia

### A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA PEDIÁTRICA PRÉ-NATAL NOS PRIMEIROS MIL DIAS

**FERNANDA CORREA DE OLIVEIRA RAMOS (FACULDADE SOUZA MARQUES), ALEXIA DIVA DE CARVALHO PHEBO (FACULDADE SOUZA MARQUES), HENRIQUE PAZOS FERNANDES MARTINS (FACULDADE SOUZA MARQUES), ANNA LUIZA COSTA SANT'ANNA (FACULDADE SOUZA MARQUES), GIOVANNA FIGUEIREDO CHAGAS (FACULDADE SOUZA MARQUES), JULLYANE LUTTERBACH ERTHAL (FACULDADE SOUZA MARQUES), JULIA ELISA VILLON DO AMARAL (FACULDADE SOUZA MARQUES), LUIZA MARIA ALVES VIEIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES), THAÍS ALVARENGA CERONI (FACULDADE SOUZA MARQUES), GLÁUCIA MACEDO DE LIMA (FACULDADE SOUZA MARQUES)**

"Primeiros mil dias" - janelas de oportunidades que impactam crescimento e desenvolvimento, da concepção ao final do período de lactente. A inserção do Pediatra ao terceiro trimestre da gestação, oportuniza prevenção e cuidado da mãe diante de situações que possam interferir no conceito.

Verificar crianças cujas mães receberam pré-natal satisfatório, incluindo a consulta pediátrica. Análise estatística descritiva tipo caso-controle, à identificação de crianças cujas mães tiveram ou não pré-natal satisfatório, com ênfase à consulta ao pediatra no pré-natal. Coleta de respostas às 48 questões referentes ao tema de acordo com base bibliográfica, aplicadas via plataforma Google, a mães de lactentes concordantes com o Termo TCLE - Projeto submetido a CEP via Plataforma Brasil aprovado CAAE 61489422.4.0000.5239. Média idade 82 mães início pré-natal: 28,8 ± 5,9 anos, 17-42, mediana 28,8, moda 29. Variáveis prevalentes: união estável 84,15%, ensino superior completo 36,59%, renda familiar até 6 salários-mínimos 59,76%, pré-natal rede privada 82,93%, gravidez planejada 52,44%, exercício físico regular 57,32%, peso ideal início gestação 59,76%. Parto particular 75,61%, via cesariana 53,66%. RN termo 89,02%, choro ao

nascer 89,02%, sem reanimação 93,90%, alojamento conjunto 80,49%, peso OMS normal 87,80%, sem aleitamento exclusivo aos 6 meses 53,66%.

Variáveis estatisticamente significativas  $p < 0,05$  na “amostra com pediatra antes do parto”: parto vaginal  $p 0,01$ , escolaridade superior  $p 0,05$ , diabetes gestacional-DMG  $p 0,05$  (não observado em hipertensas-HAS), chance dobrada em primíparas  $p 0,05$  e quase o triplo de chance de manter dieta saudável na gestação  $p 0,02$ . RN com desproporção peso-idade gestacional  $p 0,02$ , choro ao nascer  $p 0,05$ , chance 12 vezes maior de contato seio materno ao nascer  $p 0,001$ , chance 3 vezes maior de consulta puericultura à 1ª semana  $p 0,03$  e maior que o dobro de consultas mensais puericultura  $p 0,06$ .

Escolha pré-natal de rede privada sugere bom nível socioeconômico da amostra com quase metade tendo consulta pediátrica no pré-natal, mais relevante entre primíparas e gestantes com peso aumentado, HAS e DMG. O controle ponderal gestacional resultou em peso adequado de RNs. Metade das mães planejaram a gravidez, porém a adesão ao pré-natal ideal foi falha.

Reitera-se que as correlações mais significativas à presença do pediatra no pré-natal destacadas foram escolaridade superior, primiparidade, diabetes gestacional, dieta saudável na gestação, parto vaginal, RN com desproporção peso-idade gestacional, sem necessidade de reanimação, com contato ao seio materno ao nascer e consultas regulares de Puericultura desde a primeira semana de vida.

Concluímos que gestantes que consultaram Pediatra antes do parto apresentaram morbidade minimizada em seus conceitos, mas ressalta-se a falha dessa consulta de forma ideal.

**Palavras Chave:** GRAVIDEZ, CUIDADO PRÉ-NATAL, PARTO OBSTÉTRICO.

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS À PROF. ORIENTADORA GLÁUCIA MACEDO DE LIMA PELO SUPORTE, INCENTIVO E CONFIANÇA.

## Segurança da Criança e do Adolescente

### QUEIMADURA ELÉTRICA EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

LIZ GOMES DA SILVA LUTTERBACH (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), ROBERTO ALEXANDRE LIMA LEAL (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), RAMON WERNER HERINGER GUTIERREZ (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), GABRIEL NEVES DOS SANTOS MOSQUEIRA GOMES (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), ORIDO LUIZ ROCHA PINHEIRO (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), MARIA CRISTINA DO VALLE FREITAS SERRA (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ)

Os acidentes ocasionados por queimaduras são um dos principais problemas de saúde pública, podendo ser causados por agentes térmicos, elétricos, químicos e radioativos que acometem não apenas a pele, mas também diversos órgãos adjacentes.

Dados do Ministério da Saúde apontam aproximadamente 1 milhão de acidentes com queimaduras no Brasil por ano, sendo que cerca de 100.000 procuram atendimento hospitalar e em torno de 2.500 evoluem para óbito.

A incidência de queimaduras em crianças vem aumentando, sendo a maioria por acidentes domésticos que poderiam ser prevenidos.

Menor de 16 anos apresentou queimadura elétrica em antebraço e mão direita ao tentar resgatar pipa em rede elétrica utilizando cabo de metal. Recebeu primeiro atendimento na emergência de uma unidade hospitalar, onde foram realizadas medidas iniciais de

atendimento ao politraumatizado. Fasciotomias foram realizadas em função de síndrome compartimental em antebraço e mão direita e, nove dias após o acidente, foi regulado a um centro de tratamento de queimados (CTQ).

Na admissão do CTQ, calculou-se superfície corporal queimada em 4%. Oito dias após admissão, passou por desbridamento em centro cirúrgico para retirada de tecido necrótico e dois dias após foi realizada lipoenxertia em antebraço direito. Ficou 73 dias com curativo à vácuo (VAC) até a rotação de retalho fasciocutâneo. Retornou com o uso do VAC por mais 8 dias até ferida estar apta a receber autoenxertia. No total, permaneceu internado no CTQ por 110 dias, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial.

As medidas iniciais são de extrema importância para uma evolução favorável. O primeiro passo é identificar o grau da queimadura e sua extensão. Em atendimento emergencial, é mais utilizada a Regra dos Nove de Wallace, entretanto, o Método de Lund e Browder que utiliza a palma da mão do paciente adequa as proporções corporais em relação à idade, sendo importante para crianças e adolescentes. A reposição volêmica inicial deve ser feita de acordo com a Fórmula de Parkland e analgesia com anti-inflamatórios e opioides são indicados para controle da dor.

Procedimentos como fasciotomias, desbridamentos, lipoenxertia e uso de VAC são estratégias realizadas, principalmente, em centros especializados, por isso queimaduras infantis graves, como queimaduras elétricas precisam ser reguladas para esses locais.

A incidência de acidentes com queimaduras em crianças vem aumentando, sendo a maioria por acidentes domésticos que poderiam ser prevenidos.

A atuação da equipe multidisciplinar foi imperativa para a recuperação do adolescente que ficou internado e afastado de suas atividades por longo tempo.

O membro acometido apresenta alteração estética e funcional, porém, paciente, familiares e equipe ficaram satisfeitos com o resultado alcançado após injúria tão grave.

**Palavras Chave:** QUEIMADURA, ADOLESCENTE

## Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento

### SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

CLARISSA PEREIRA DIAS DRUMOND FORTES (UNIFOA), ANDREZA BRANDÃO DA SILVA (UNIFOA), PATRÍCIA DA SILVA MARTINS BOTELHO (UNIFOA), ANA BEATRIZ DA S. S. GUIMARÃES VASCONCELOS (UNIFOA), THAMIRIS LINHARES MARQUES (UNIFOA), CECILIA PEREIRA SILVA (UNIFOA)

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do neurodesenvolvimento, com bases neurobiológicas complexas e ainda não totalmente elucidadas. Clinicamente, cursa com desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade de caráter persistente e prejudicial às atividades diárias do indivíduo, quando comparado a seus pares. Acomete em torno de 5% da população infantil, sendo mais prevalente em meninos. Queixas alimentares relacionadas ao transtorno,

assim como a possíveis efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no seu tratamento, são comuns.

Analisar a relação entre seletividade alimentar e TDAH, identificando preferências e hábitos alimentares dos pacientes com diagnóstico de TDAH entrevistados.

Estudo descritivo, no qual foram analisados e sintetizados os dados coletados ao longo do ano de 2022, por meio de um questionário formulado pelos autores. As entrevistas foram realizadas com responsáveis e pacientes, na sala de espera de ambulatório de neuropediatria no interior do Rio de Janeiro. Era critério de inclusão ter diagnóstico definido de TDAH no momento da entrevista e idade entre 4 e 14 anos de idade. Trabalho aprovado pelo CEP sob o número CAAE 56991322.8.0000.5237.

Foram realizadas 56 entrevistas. Entre os dados coletados, a maioria dos entrevistados (57%) tinha idade entre 8 e 11 anos, sendo que 80% (45) eram do sexo masculino. Em relação à seletividade alimentar, 31 (55%) entrevistados referiram seletividade alimentar, com alimentos minimamente processados (como carnes, grãos, leite pasteurizado, legumes, verduras e frutas) sendo os preferenciais de 16 crianças (51,6%) e os alimentos ultraprocessados (como suco de caixa ou de pó, biscoitos recheados, refrigerantes) os preferenciais de outras 13 (41,9%) crianças. Treze (23,2%) dos entrevistados referem ingerir alimentos ultraprocessados diariamente. Em 24 (42,8%) das famílias são as mães quem mais se incomodam com a falta de variedade na alimentação da criança. Apesar de 38 (67,8%) relatarem frequência de evacuação diária, outras 18 crianças e adolescentes (32,2%) relataram evacuar menos de três dias na semana.

Encontramos entre nossos entrevistados com diagnóstico de TDAH, grande número de crianças com seletividade alimentar, consumo excessivo de ultraprocessados e alterações do trânsito gastrointestinal. Entretanto as causas para o fenômeno precisam ser melhor estudadas em estudos futuros.

**Palavras Chave:** COMPORTAMENTO ALIMENTAR, TDAH, SELETIVIDADE ALIMENTAR

**Agradecimentos:** AO UNIFOA

## Neurologia

### ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC NO TRATAMENTO DA ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**MATHEUS BARBOSA GEVAERD (ESTÁCIO CITTÀ - IDOMED), MARIANA MELLO ZORZI (ESTÁCIO CITTÀ - IDOMED), CAIO HENRIQUE MIRALDI DE OLIVEIRA (ESTÁCIO CITTÀ - IDOMED), SANDRA PISSURNO CANDIDO DA SILVA (ESTÁCIO CITTÀ - IDOMED), JULIANA SILVA DE OLIVEIRA LOPES (ESTÁCIO CITTÀ - IDOMED), LUIZA DE MORAES PIRES PAES (ESTÁCIO CITTÀ - IDOMED), MARIA EDUARDA DE AGUIAR DA SILVA (ESTÁCIO CITTÀ - IDOMED), PATRÍCIA MARIA CARLA OSÓRIO DUQUE (ESTÁCIO CITTÀ - IDOMED)**

A Atrofia Muscular Espinhal (AME) é dividida em cinco tipos: 0, 1, 2, 3 e 4. O tipo 1 é o mais frequente e a forma mais grave da doença. No Brasil, estima-se uma incidência de 250 a 300 novos casos por ano, com um total de 3.800 casos diagnosticados em 2019. O Onasemnogene Abeparvovec (AVXS-101) atua como uma terapia gênica que utiliza um vetor viral para introduzir material genético modificado no organismo humano. Como na AME ocorrem mutações no gene de Sobrevivência do Neurônio Motor (SMN) que levam à perda de neurônios motores no

tronco cerebral e medula espinhal, o AVXS-101 foi desenvolvido para fornecer uma cópia normal do gene que codifica a proteína 1 de SMN nos pacientes com AME. Este medicamento foi aprovado pela Anvisa para comercialização no Brasil em 17 de agosto de 2020.

Descrever o uso da Onasemnogene Abeparvovec no tratamento da Atrofia Muscular Espinhal (AME) em estudos clínicos dos últimos cinco anos.

A pesquisa utiliza a metodologia de um estudo descritivo a partir de uma revisão integrativa sobre a utilização de Onasemnogene Abeparvovec no tratamento da Atrofia Muscular Espinhal. Para a busca bibliográfica foram utilizadas as bases de dados PubMed, Cochrane e MedLine a partir de dois descritores e um operador booleano de adição: 'Onasemnogene Abeparvovec' AND 'Spinal Muscular Atrophy'. A limitação temporal engloba apenas ensaios clínicos realizados nos últimos cinco anos publicados em inglês e/ou português. Foram excluídos os artigos que não disponibilizam o conteúdo na íntegra, artigos duplicados e publicações que não se enquadram nos critérios de inclusão, tanto no período de publicação como também na forma de apresentação. Dessa forma, a busca bibliográfica resultou em 8 publicações, sendo 4 selecionadas para a revisão integrativa após a leitura integral dos artigos e adequação aos critérios.

Os quatro ensaios analisados apresentaram desenvolvimento motor satisfatório dos pacientes e apenas um artigo menciona efeitos adversos graves. Além disso, os dois estudos que avaliaram a evolução dos pacientes que iniciaram a medicação ainda assintomáticos apontam que 96,5% dos pacientes tiveram desenvolvimento motor adequado e 79,3% mantiveram o peso corporal (8805,3º percentil da OMS). No entanto, uma das pesquisas destaca que a medicação não impediu totalmente o curso da doença em sua fase sintomática. Eventos adversos graves ocorreram em 8 pacientes (62%), sendo os mais frequentes: insuficiência respiratória aguda (n = 4 [31%]), pneumonia (n = 4 [31%]), desidratação (n = 3 [23%]), dificuldade respiratória (n = 2 [15%]) e bronquiolite (n = 2 [15%]).

Apesar das pesquisas com amostras pequenas para avaliar o efeito da medicação no tratamento de AME, a AVXS-101 apresenta resultados satisfatórios principalmente em crianças ainda assintomáticas. Dessa forma, torna-se necessário um diagnóstico genético eficiente nos primeiros meses de vida para melhor efeito da medicação.

**Palavras Chave:** ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC. ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL

## Infectologia

### O AUMENTO DOS CASOS DE SARAMPO: A REINTRODUÇÃO DO VÍRUS E A BAIXA ADESÃO À VACINAÇÃO NOS ÚLTIMOS 8 ANOS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

**NATHALIA BRITO DUMAS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, UNIGRANRIO ), LUIZA LOPES CARVALHO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO, UNIGRANRIO ), MARIANA BRITO DUMAS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)**

O sarampo é uma doença infecciosa aguda de origem viral, grave, transmissível e extremamente contagiosa, e, por isso, faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória (LNNC) de doenças, agravos e eventos de saúde pública, sendo que essa notificação deve ocorrer de forma imediata após a identificação de um caso suspeito (até 24 horas).

Destacar a importância da compreensão dos mecanismos correlacionados ao ressurgimento e controle do sarampo no Brasil.

Realizou-se uma revisão dos dados epidemiológicos de vacinação, número de casos de Sarampo no Brasil e dados do movimento migratório no país nos anos de 2015 a 2022.

Nos últimos 8 anos, o Brasil viu uma mudança no cenário epidemiológico. Em 2016, o país recebeu certificado internacional de erradicação do Sarampo, após os últimos 214 casos registrados em 2015, mas o perdeu 3 anos depois. Isso porque houve reintrodução da doença no território. Segundo dados obtidos pelo DATASUS, de 2016 a 2017, não tivemos nenhum caso registrado, mas, em 2018 voltamos a ter 9.325 confirmações da doença e em 2019, tivemos 20.901 registros da doença em todo o território nacional. Já de 2020 a 2022, tivemos 8.817 casos. No mesmo período, tivemos um aumento do número de imigrantes, principalmente venezuelanos, sem acesso ao sistema de saúde, e baixa adesão vacinal dos brasileiros em todo o território. Vale ressaltar que a Venezuela, em 2018, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), apresentava 84% dos casos de sarampo de 11 países da América Latina que reportaram a doença. Em 2016, o Brasil apresentou aumento de 12% do número de refugiados, ultrapassando a marca de 11 mil pessoas no ano de 2018.

Até 2015, o percentual de cobertura vacinal para sarampo no Brasil chegou a 95%, mas, em 2016, esse mesmo índice apenas atingiu 50% da população. Em 2017, atingimos a marca de 72% e, nos anos seguintes, de 2020 a 2022, não conseguimos alcançar nem 70%, com apenas 68%, 61% e 67%. Esses números demonstram a vulnerabilidade da população frente a uma doença prevenível com a vacinação.

Embora a migração não repercuta necessariamente como uma ameaça à saúde, ela pode aumentar a vulnerabilidade, tanto dos locais quanto dos imigrantes, pelo choque imunológico. Ao mesmo tempo que os que chegam são apresentados a um cenário desconhecido de agentes infecciosos, eles também introduzem novos patógenos na população que os acolhe. Uma população que já está naturalmente mais suscetível pela baixa adesão vacinal, tem, como consequência, a explosão do número de casos de uma doença que já estava erradicada. Dessa forma, é essencial recuperarmos os altos índices de vacinação para o sarampo, assim como incluir a população migratória no nosso sistema de saúde, sendo capaz de serem vacinados logo ao adentrar o território brasileiro.

**Palavras Chave:** SARAMPO, VACINAÇÃO, MOVIMENTO MIGRATÓRIO

## Infectologia

### TUBERCULOSE OSTEOARTICULAR E TORÁCICA EM PRÉ-ESCOLAR: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DE CONTATO

**FLAVIA NUNES BENICIO DE SOUZA (UFF), JOÃO ALEXANDRE RANZEIRO DE BRAGANÇA DOS SANTOS (UFF), JAYME RIBEIRO CORRÊA (UFF), DOUGLAS CASTANHEIRA COELHO (UFF), RONALDO DI CICCIO CUNHA (UFF), CLARISSA NETTO DOS REYS LAIA FRANCO PRILLWITZ (UFF), LUÍS MARCELO DE AZEVEDO MALTA (UFF), TATIANA GUIMARÃES DE NORONHA (UFF), CLAUDETE APARECIDA ARAÚJO CARDOSO (UFF), CHRISTIANE MELLO SCHMIDT (UFF)**

A tuberculose (TB), causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb), é transmitida por gotículas eliminadas de pessoas com TB pulmonar ou laríngea. Avaliar contatos é estratégia para o controle da TB, permitindo identificar e tratar pessoas com infecção latente da

TB (ILT) ou TB ativa. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, na avaliação de contatos em crianças menores de 10 anos, recomenda a avaliação clínica, radiografia de tórax e a prova tuberculínica (PT) ou a dosagem de interferon gama (Igra, 2-10 anos) para o diagnóstico de ILTB. Se negativos, orienta-se a repetição da PT ou Igra após oito semanas. Se houver viragem tuberculínica (aumento de 10mm) ou positividade do Igra, é diagnosticado ILTB. Indica-se o tratamento com isoniazida (H) por 6-9 meses ou rifampicina (R) quatro meses ou rifapentina mais H semanalmente por três meses (3HP). Descreve-se o caso de pré-escolar com oportunidade perdida na avaliação de contatos.

Paciente masculino, 2 anos, internado com sinais flogísticos em joelho esquerdo há um mês e febre, sem resposta a tratamento para patógenos comuns. Sem sintomas respiratórios. Cicatriz de BCG presente. A mãe, o padrasto e o irmão trataram TB pulmonar há um ano e meio da internação. À época, a criança estava assintomática, com radiografia de tórax normal e prova tuberculínica (PT) negativa. A PT não foi repetida. Na internação, a radiografia de joelho mostrou imagem lítica no côndilo medial de fêmur esquerdo e a tomografia de tórax, focos de consolidação nos ápices pulmonares, lobo médio, linfonodos mediastinais calcificados e acometimento de costela. A biópsia (fêmur) mostrou processo inflamatório crônico granulomatoso, necrose caseosa e detecção do Mtb, Ultra Xpert® positivo, sensível à rifampicina (R). Iniciado R, isoniazida (H) e pirazinamida (P), com boa evolução.

As crianças têm risco aumentado de evolução para TB ativa após a infecção primária, especialmente nos dois primeiros anos da infecção, como visto no caso. O tratamento adequado da ILTB reduz em 60-90%. As crianças e os indivíduos imunocomprometidos apresentam, mais comumente, formas extrapulmonares, sendo possível a associação com a forma pulmonar nos casos mais graves. Embora o paciente fosse assintomático respiratório, a TC de tórax identificou acometimento torácico. A TB osteoarticular corresponde a 5% das formas extrapulmonares em pediatria e possui clínica similar a outras doenças, podendo causar danos funcionais, ao crescimento e deformidades. Na TB extrapulmonar, a biópsia, com granuloma e necrose central, exames bacteriológicos e moleculares são relevantes para a elucidação diagnóstica, como observado no relato. A OMS recomenda um ano de tratamento (2RHP e 10RH) para casos de TB osteoarticular e meníngea, em todas as idades. Conclui-se que conhecer o protocolo da investigação de contatos de TB é fundamental. A repetição da PT poderia ter diagnosticado ILTB cujo tratamento, de menor duração, poderia evitar a TB ativa.

**Palavras Chave:** TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR, TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAR,

## Adolescência

### MITOS SOBRE CIGARRO ELETRÔNICO DIVULGADOS PELA AUDIÊNCIA NO SENADO: O QUE REALMENTE DIZ AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS NA ADOLESCÊNCIA?

**GABRIELA GUELBER MAGRANI (UFRJ), GABRIELA ARAKAKI FARIA (UFRJ), ANTONIO FERREIRA PENA MACIEL (UFRJ), LÍVIA QUINTELLA BAPTISTA (UFRJ), LARISSA DOS LOUROS PEREIRA (UFRJ), LUAN CAVALCANTE VILAÇA LIMA (UFRJ), CAROLINA COSTA (UFRJ)**

## RASTREIO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ESCOLARES DE INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS NO RIO DE JANEIRO

**FERNANDA FERREIRA CARVALHO (UNIRIO), LUANA MOREIRA TAVARES NOGUEIRA (UNIRIO), ISABELA LACERDA PYRRHO (UNIRIO), LIGIA ARANHA PUIG MALDONADO (UNIRIO), MANOEL ANTÔNIO CARVALHO (UNIRIO), SILVIO DA ROCHA CARVALHO (UNIRIO)**

A hipertensão arterial (HA) é um distúrbio multifatorial crônico não transmissível, reconhecido como grave problema de saúde pública. No âmbito pediátrico, a incidência de HA vem aumentando nos últimos anos, estando diretamente associada com o aumento do sobrepeso/obesidade. Estudos tem mostrado que: em crianças entre 7-12 anos a prevalência da HA e da pressão arterial elevada (PAE) são, respectivamente, 1,9% e 4,7%, níveis tensoriais elevados na infância aumentam o risco de adultos desenvolverem HA e síndrome metabólica, sendo mais provável o desenvolvimento de HA persistente naqueles que tiveram HA quando jovens. O reconhecimento precoce de alterações na pressão arterial (PA) nos jovens é crucial para realizar intervenções rápidas. Assim podemos reduzir a morbidade cardiovascular, a mortalidade, além de evitar lesões de órgãos-alvo. Para isso, as consultas de puericultura são o momento ideal para o acompanhamento da PA e dos demais marcos do desenvolvimento infantil, como estatura, peso e índice de massa corporal (IMC).

Principal: Coletar dados antropométricos e de PA de crianças hípidas, visando identificar aquelas com alterações da PA e IMC.

Secundários: Comparar a presença de sobrepeso/obesidade nas crianças com PAE, estudando essa variável como um fator de risco.

Foi elaborada uma pesquisa seccional e local, sendo selecionadas crianças em idade escolar a partir dos 6 anos, regularmente matriculadas em uma instituição sem fins lucrativos do Rio de Janeiro-RJ. Foi realizada a avaliação antropométrica das crianças (peso e estatura), aferição da PA e exame físico completo. As crianças foram classificadas quanto aos níveis tensioniais como: normotenso, PAE, hipertenso estágio 1 e hipertenso estágio 2.

Foram avaliadas 77 crianças, sendo 37 meninas (48,1%) e 40 meninos (51,9%). Dessas, 69 apresentaram PA sistólica e diastólica normais (89,6%), e 8 PA alterada (10,4%). Das 8 crianças com PA anormal, 6 eram meninos (75%) e 2 meninas (25%). Com relação a classificação da PA, 2 (25%) foram classificadas como PAE (1 menino e 1 menina), e 6 (75%) como hipertenso estágio 1 (5 meninos e 1 menina). Nenhuma foi classificada como hipertenso estágio 2. A menina com PAE apresentava obesidade e o menino obesidade grave. Nas com hipertensão estágio 1, 4 crianças eram eutróficas, 1 menina tinha sobrepeso e 1 menino era obeso. Ou seja, das 8 crianças com PA alterada, 4 estavam acima do peso (50%). Da população que apresentava PA normal, 31 eram eutróficas (44,9%), 23 tinham sobrepeso (33,4%), 11 eram obesas (15,9%) e 4 obesas graves (5,8%). Nenhuma criança foi classificada com magreza extrema. Da população total, 51 crianças estavam acima do peso (66,2%), sendo que 4 (5,2%) também apresentavam PA alterada.

A partir das consultas observamos que 10,4% das crianças têm PA alterada, metade está acima do peso e a maioria são meninos.

De acordo com estudos recentes, a iniciação ao tabagismo ocorre na adolescência, em torno dos 15 anos, e cerca de 90% dos tabagistas o fazem antes dos 19 anos. Por isso, o tabagismo é reconhecido pela OMS como doença pediátrica. Diante desse cenário, o início da disseminação do uso de cigarros eletrônicos fomenta ainda mais o tabagismo entre os jovens, podendo piorar com a capitalização do comércio legal. Então, torna-se necessário debater falácias ditas como argumentos a favor da legalização do comércio de cigarros eletrônicos, como ocorreu em audiência do Senado.

Reunir dados de artigos relacionados aos cigarros eletrônicos, contrariando cientificamente falácias expostas na audiência do Senado de 28/9/23 sobre cigarro eletrônico.

Para essa revisão narrativa de literatura, foi realizada uma busca em outubro/23 na base de dados PubMed, filtrando artigos desde 2015. As palavras-chave incluíam termos para capturar conceitos associados a "vape", "cigarro eletrônico", "nicotina" e "tabaco".

Diante do crescimento do uso de cigarros eletrônicos entre adolescentes, surge a preocupação acerca da exposição da nicotina a jovens, que teriam menor pretensão de seu fazer uso por meio de cigarros convencionais. Nesse cenário, faz-se necessário contestar a ideia de que o cigarro eletrônico não é uma porta de entrada para o tabaco e que é menos prejudicial à saúde.

A ideia de que cigarros eletrônicos são mais aceitos socialmente colabora para que seu uso seja favorecido em relação ao de cigarros convencionais. Estratégias midiáticas e a utilização de sabores e design, mascaram a periculosidade do produto e facilitam a aceitação por pais e responsáveis em comparação com o tabaco.

Apesar da disseminação de informações controversas sobre esses dispositivos não serem prejudiciais à saúde, há evidências de que os elementos na composição dos cigarros eletrônicos são danosos. A nicotina é capaz de causar alterações cognitivas principalmente em adolescentes, cuja atividade neuronal ainda está em maturação. O Propilenoglicol e Glicerina vegetal quando inalados danificam o epitélio das vias aéreas. Já a inalação de metais presentes nos cigarros pode gerar inflamação e perda funcional no pulmão.

O uso de cigarros convencionais também é maior entre os adolescentes que já tiveram contato com o cigarro eletrônico previamente. Isso os torna mais propensos a terem boas expectativas sobre o cigarro, como a ideia de que vão deixá-los mais confiantes e ajudá-los a relaxar, além de aumentar a suscetibilidade de experimentar cigarros convencionais pela inserção nesse ciclo social.

Diante do exposto, a literatura sugere fortemente que os cigarros eletrônicos são uma porta de entrada para o tabagismo, além de também serem prejudiciais à saúde. Assim, torna-se essencial combater com dados científicos posturas falaciosas para legalização desse produto, como as vistas na audiência do Senado, uma vez que tal discurso torna os jovens mais vulneráveis a substâncias viciantes e danosas.

**Palavras Chave:** CIGARRO ELETRÔNICO, VAPE, AUDIÊNCIA NO SENADO, MITOS

### PÔSTERES

### Pediatria Ambulatorial

Enfatizamos a necessidade da aferição da PA e sua correlação com os dados antropométricos nas consultas pediátricas.

**Palavras Chaves:** HIPERTENSÃO, PEDIATRIA, OBESIDADE, PUERICULTURA.

## Pediatria Ambulatorial

### RASTREIO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PRÉ-ESCOLARES DE INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS NO RIO DE JANEIRO

**LUANA MOREIRA TAVARES NOGUEIRA (UNIRIO), FERNANDA FERREIRA CARVALHO (UNIRIO), LIGIA ARANHA PUIG MALDONADO (UNIRIO), ISABELA LACERDA PYRRHO (UNIRIO), MANOEL ANTÔNIO CARVALHO (UNIRIO), SILVIO DA ROCHA CARVALHO (UNIRIO)**

A hipertensão arterial (HA) é um dos acometimentos mais prevalentes e incidentes no mundo. Está intimamente relacionado à predisposição genética e estilo de vida. Quando esse acometimento é reconhecido precocemente, há a possibilidade de reduzir as chances de suas complicações. Na criança vem aumentando nos últimos anos, tanto no cenário global quanto nacional, em virtude, principalmente, da obesidade e do sobrepeso. A negligência no rastreamento de HA nesse público pode contribuir para o cenário de diagnósticos tardios e maiores complicações. É aconselhável realizar a medição da PA a partir dos 3 anos em crianças que não possuem comorbidades, como complicações neonatais, doenças cardíacas, renais, etc, preconizando-se nestes casos a aferição antes dessa idade. A maioria dos casos de HA é assintomática, sendo a medida da PA o melhor método para seu diagnóstico.

As causas de HA em pré-escolares costuma estar relacionadas a alterações renais, coarctação da aorta e endocrinopatias, relacionando-se ainda à obesidade. Desta forma, a consulta de puericultura é o momento ideal para a detecção sua precoce.

Primário: Verificar dados antropométricos e PA de pré-escolares, reconhecendo possíveis casos de HA.

Secundário: Identificar possível correlação entre alteração de PA e sobrepeso.

O estudo é uma pesquisa seccional, local, em que foram incluídas pré-escolares, de 4 a 6 anos, regularmente matriculadas no em uma instituição sem fins lucrativos do Rio de Janeiro-RJ. Foi realizado o exame físico completo com avaliação antropométrica, incluindo peso, estatura e PA. As crianças foram classificadas quanto aos níveis tensionais como: normotensos, PA elevada, hipertensos estágio 1, e hipertensos estágio 2.

39 crianças foram avaliadas: 22 (56,4%) com PA normal, (abaixo do percentil 90 para idade), 4 (10,26%) pressão elevada (entre o percentil 90 e 95), e 12 (30,77%) apresentaram HA estágio 1 (entre P95 e P95 + 12mmHg). Das 4 crianças que apresentaram PA elevada, 2 (50%) eram do sexo feminino, 3 (75%) tinham 6 anos completos, uma (25%), tinha 5 anos e 1 mês, uma risco de sobrepeso (25%), uma sobrepeso (25%), uma obesidade (25%). Das 12 crianças na categoria HA estágio 1, 8 (66,67%) eram do sexo masculino, uma (8,33%) tinha 6 anos completos, 4 (33,33%) com 5 anos completos e as duas demais (16,67%), 4 anos completos, 4 (33,33%) eutróficas, 3 (25%) em risco de sobrepeso e 1 (8,33%) sobrepeso, 3 (25%) obesos e 1 obesidade grave.

Pode-se perceber uma relação entre a alteração de PA e o sobrepeso. A HA estágio 1, acometeu mais o sexo masculino. Apesar do pequeno número e a aferição ser única, o estudo demonstra a importância da aferição da PA na puericultura de pré-escolares. Novos estudos são necessários para avaliar a prevalência de HA entre pré-escolares em diferentes contextos no Rio de Janeiro-RJ.

**Palavras Chaves:** HIPERTENSÃO ARTERIAL, PRÉ-ESCOLARES, SOBREPESO, PUERICULTURA

**Agradecimentos:** AGRADEÇO AOS PROFESSORES MANOEL E SILVIO PELA ATENÇÃO E ENSINO EM CADA ATENDIMENTO REALIZADO.

## Pediatria Ambulatorial

### NOVOS TEMPOS, NOVOS RECURSOS: UTILIZAÇÃO DO ULTRASSOM PORTÁTIL PELO PEDIATRA, NA CONSULTA DE ATENÇÃO BÁSICA

**MARIA DE LIMA (FACULDADE DE MEDICINA), ELIANE FONSECA (FACULDADE DE MEDICINA)**

A eficiência da consulta médica consta de anamnese bem construída, com perguntas objetivas e escuta atenta, aliada ao exame físico metódico, propiciando o diagnóstico e a instituição da adequada terapêutica. Sempre busca-se maior eficiência, abreviando sofrimento, aumentando sobrevida e redução de morbidades, com economia de tempo e custos. Muitas vezes, são necessários exames complementares, para definir diagnósticos e terapêutica apropriada. A realização de ultrassom portátil, pelo clínico assistente, com treinamento adequado, agiliza a capacidade resolutive da consulta.

Demonstrar a capacidade resolutive da incorporação e uso, pelo pediatra, do ultrassom portátil na consulta de ambulatório de atenção básica de saúde.

Numa unidade de atendimento primário de pediatria, passou-se a utilizar aparelho de US portátil, com exames realizados por pediatra treinado, permitindo diagnósticos imediatos de patologias graves e de exclusão de outras, otimizando a capacidade diagnóstica.

Desde a incorporação do ultrassom portátil entre os instrumentos disponibilizados aos pediatras de um ambulatório de atenção primária, diversos diagnósticos foram agilizados e outros excluídos, com otimização da capacidade resolutive. Entre os pacientes beneficiados pelos achados do US portátil tivemos: lactente com história de vômitos e dor abdominal, há algumas semanas, tendo diagnóstico de neuroblastoma, sendo imediatamente encaminhada para a Oncologia, adolescente de 17 anos, com obesidade, avaliado para esteatose hepática, teve diagnóstico de tumor hepático, escolar com dor persistente de baixa intensidade, refratária a mudanças alimentares para tratamento de constipação e antiparasitários, previamente, revelado cisto de útero, adolescente portador de TEA, com recusa alimentar e irritabilidade, com diagnóstico de coledocite, lactente com cólica persistente revelando-se cisto de cólecisto.

A introdução do ultrassom portátil na consulta pediátrica, em unidade de cuidados primários, realizado por pediatra treinado, permitiu agilidade na resolução diagnóstica, com encurtamento do tempo até encaminhamento à terapêutica resolutive.



## Pediatria Ambulatorial

### CRANIOESTENOSE DA SUTURA CORONAL DIREITA, IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE CASO

BEATRIZ TRAJANO (UNIFESO), STEFANY AGUIAR (), ROGERIO BARRETO

A cranioestenose é o fechamento precoce de uma ou mais suturas da caixa craniana. Assim, resulta-se na deformidade do formato da cabeça do recém nascido e um crescimento cerebral inadequado com risco de HIC. São classificadas em quatro tipos: escafocefalia, trigonocefalia, plagiocefalia e braquicefalia. A Sinostose coronal é um tipo de craniossinostose que origina a plagiocefalia e consiste no fechamento precoce da sutura coronal ou lambdóide, assim os achados evidentes são achatamento do osso frontal, elevação de sobrançelha ipsilateral, exoftalmia ipsilateral e sutura palpável.

Paciente do gênero masculino, 1 mês, nascido à termo, foi levado por seus pais para avaliação pediátrica após percepção de assimetria de olhos. Segundo relato familiar, notificaram a médica sobre a possibilidade de uma plagiocefalia posicional, mesmo alternando as posições quando a criança permanecia em decúbito. No exame físico foram realizadas as medidas do perímetro cefálico, reflexos primitivos e ausência de torcicolo congênito. Com o diagnóstico negativo de cranioestenose pela pediatra, os pais realizaram pesquisas que apontavam a necessidade de uma avaliação neurocirúrgica. Sendo assim, o paciente foi direcionado pelos pais a um neurocirurgião especializado em deformidades cranianas. Durante a consulta, evidenciou-se achatamento na região posterior do crânio, alteração na órbita ocular, fusão de sutura com crista palpável, assimetria de sobrançelas, deslocamento da orelha ipsilateral posterior, bossa frontal compensatória contralateral e ratificado a ausência de torcicolo congênito. Além disso, a tomografia computadorizada de crânio evidenciou a presença de plagiocefalia por cranioestenose unilateral da sutura coronal direita. Portanto, o paciente foi encaminhado para o tratamento cirúrgico. Para o tratamento cirúrgico, foi optado por uma Incisão bicoronal, com craniotomia frontal e avanço fronto orbitário com auxílio da cirurgia craniofacial e reconstrução craniofacial com auxílio de placas e parafusos e rotação da gálea aponeurótica, obtendo-se um resultado estético satisfatório.

Em pacientes com cranioestenose o diagnóstico clínico auxiliado por exame tomográfico tridimensional é essencial. No caso apresentado, ressaltar a importância do papel dos pais é de suma importância, tendo em vista o acompanhamento diário com seu filho. Assim, com o diagnóstico correto, foram evitados riscos para o paciente como a futura perda de autoestima, alterações orbitárias com perda visual, hipertensão intracraniana e regressão do desenvolvimento mental.

Palavras Chaves: PLAGIOCEFALIA ANAMNESE FAMILIAR

## Pediatria Ambulatorial

### MACRODACTILIA - UMA RARA DEFORMAÇÃO ESQUELÉTICA CONGÊNITA

ALICE CELENTE DOS SANTOS (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ANDRÉ LUÍS MATTOS TEIXEIRA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ELIANE LUCAS (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ELIZABETH CRISTINA TAVARES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), DANILO BARBOSA DE OLIVEIRA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), FLÁVIA ALVES ALMEIDA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), LUCAS TORRES SCHWARZER (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), RÉGIS NASCIMENTO RODRIGUES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO)

A macrodactilia ou gigantismo digital, é uma anomalia congênita rara, caracterizada por alargamento ou crescimento desproporcional dos dedos das mãos e pés, podendo acometer estruturas ósseas e partes moles. O crescimento excessivo pode estar presente desde o nascimento ou é reconhecido no início da infância, tendendo a ser progressivo durante o período normal de maturação esquelética, levando a desvios angulares do dedo afetado. O gigantismo primário é definido como crescimento congênito dos dedos em um ou mais raios, sem hipertrofia dos membros ou anomalias vasculares. Os tipos secundários são causados principalmente por doenças tumorais.

Paciente feminina portadora de macrodactilia em 1º, 2º e 3º dedos de pé direito, com diagnóstico na primeira infância, sendo submetida a sucessivas correções cirúrgicas ortopédicas, como: amputação de hálux, 2º e 3º dedos, retirada de raios (falanges e metatarsos) e esvaziamento de tecido gorduroso plantar. Na investigação complementar, não foram identificadas malformações associadas ou doenças genéticas. Atualmente com 12 anos de idade, com melhora significativa da deambulação e atividade funcional do membro e, assim, uma melhor qualidade de vida. Mantém em seguimento especializado na ortopedia.

A macrodactilia do pé é uma condição de crescimento excessivo rara, congênita, mas não hereditária. Sua fisiopatologia está ainda discutida, porém recentemente observou-se provável relação com a mutação somática no gene PIK3CA, um componente dos distúrbios de crescimento excessivo relacionados à via mTOR. Os principais problemas relacionados a essa malformação são os de estética, dificuldade com uso de calçados e problemas na deambulação. Em crianças pequenas, a macrodactilia pode causar sofrimento psicológico e social. O objetivo do tratamento cirúrgico da macrodactilia do pé decorre da amputação, encurtamento e redução de volume dos tecidos moles. O principal objetivo das estratégias de tratamento é a reconstrução de pés funcionais e a redução do tamanho do pé, permitindo o uso de calçados normais, sem interferência na marcha. Ao planejar o tratamento, deve-se considerar a gravidade da deformidade.

Os autores descrevem este caso raro para ressaltar a importância do diagnóstico precoce e do planejamento cirúrgico na abordagem dos casos de macrodactilia. O manejo adequado do quadro tem papel significativo na qualidade de vida do paciente, tanto no aspecto morfológico como no social.

Palavras Chaves: MACRODACTILIA, PUERICULTURA, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

# ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DAS VULVOVAGINITES EM IDADE PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**CECILIA HAUAI GARZON (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), JULIA ZOUÇAS NUNES DE SOUZA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), BEATRIZ CRIVELLI ALVARENGA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), MARIANA SANTOS LOPES DA CONCEIÇÃO (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), ISABELLA MARTINS DA SILVA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), LUNA ROCHA GOIFMAN (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES)**

A vulvovaginite (VV) é a doença mais comum nos órgãos genitais pediátricos femininos e diversos fatores contribuem para sua vulnerabilidade, como a fragilidade do epitélio vaginal, ausência de gordura labial e pelos pubianos, má higiene, proximidade do ânus e uretra, deficiência fisiológica de estrogênio, pH intravaginal alcalino e obesidade, além de fatores externos como uso de roupas apertadas. Na investigação ginecológica deve-se questionar sobre a duração dos sintomas, a realização de terapias anteriores, presença de comorbidades, hábitos de higiene e se houve trauma ou inserção de corpo estranho. Por fim, o tratamento deve envolver mudanças comportamentais e a busca de uma etiologia específica.

Discutir o diagnóstico e a terapia adequada das VV em pacientes pediátricos.

Revisão sistemática realizada a partir de 6 artigos publicados no período de 2021 a 2023, em português e inglês, dispostos na íntegra, de acesso gratuito que abordam as VV em idade pediátrica. A pesquisa foi realizada pela plataforma UP TO DATE e PubMed em agosto de 2023 tendo como descritores: "pediatric vulvovaginitis" e "microbiological vulvovaginitis prepubertal".

Para a realização de exame ginecológico, é fundamental a inspeção da genitália externa, e a técnica de separação e tração geralmente é suficiente, sem necessidade de exame especular. Para o diagnóstico, além de uma anamnese detalhada, pode ser necessária a investigação adicional com culturas vaginais e testes para infecções sexualmente transmissíveis. O tratamento consiste em iniciar hábitos de higiene, afastar irritantes externos, lavar apenas com água, realizar banhos de assento com cloreto de sódio, aplicar creme contendo lipídios neutros e, se necessário, antibioticoterapia. Em cerca de 50% dos casos a investigação microbiológica evidencia um patógeno específico, como as bactérias *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Staphylococcus*, *Proteus mirabilis* ou *Pseudomonas aeruginosa*. A infecção por *Candida* é observada apenas em epitélio estrogênico ou no uso de fraldas, sendo isolada, portanto, em apenas 1% dos casos em meninas pré-púberes. Em um estudo de 2022 realizado com 2.314 meninas sintomáticas, foram encontradas cultura positiva em 53,7% das amostras, com patógenos fecais sendo os mais prevalentes. Outro estudo com 1.235 meninas pré-púberes diagnosticadas com VV, foram identificados patógenos isolados em 40%, sendo o mais comum o *Streptococcus pyogenes* (27,6%) e o *Haemophilus influenzae* (27,2%). Caso as culturas

venham negativas e a sintomatologia persistir é sugerido o tratamento antimicrobiano empírico.

É reforçado que todas as pacientes com VV infecciosa devem iniciar medidas de higiene e, na maioria dos casos, serão suficientes para eliminar a sintomatologia, que caso persista indica necessidade de investigação adicional de patógenos específicos.

**Palavras Chaves:** PEDIATRIC VULVOVAGINITIS E MICROBIOLOGICAL VULVOVAGINIT

## Endocrinologia

# CARACTERIZAÇÃO DO TIPO DE PARTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM UM GRUPO DE CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO

**GABRIELA CARVALHO VALENCIA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), NÁDIA CRISTINA PINHEIRO RODRIGUES (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), FERNANDA MUSSI GAZOLLA JANNUZZI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), CECÍLIA LACROIX DE OLIVEIRA (INSTITUTO DE NUTRIÇÃO DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), PAULO FERREZ COLLETT-SOLBERG (DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), LETÍCIA GONÇALVES DE QUEIROZ (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), LÍVIA DRUMOND DE LIMA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), LIVIA DE CASTRO ARAUJO VALENTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), VALÉRIA YASMINE MARINELLI VICENTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ISABEL REY MADEIRA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)**

Obesidade infantil (OI) é preocupante questão pública devido ao aumento da prevalência mundial. Hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2 são consequências da doença que atingem cada vez mais crianças com excesso de peso (EP). Tipo de parto, aleitamento materno (AM) e nutrição complementar são importantes condições que podem influenciar a saúde futura da criança e se associar com OI. Assim, busca-se analisar variáveis referentes ao nascimento e alimentação para estudar possível interferência no EP.

Descrever tipo de parto, AM e alimentação complementar em crianças pré-púberes com EP e compará-las, em relação a essas características, com crianças eutróficas (EU).

Estudo observacional realizado com 143 crianças de cinco a 11 anos atendidas em ambulatório de pesquisa OI. 32 crianças eram EU e 111 possuíam EP. Foram comparadas as variáveis: idade, sexo, tipo de parto, AM nas primeiras 6 h de vida, tempo de AM exclusivo, idade de introdução à fórmula láctea e idade de introdução de sólidos.

O grupo EU era composto por 17 (53,1%) meninas e 15 (46,9%) meninos, e o grupo EP por 54 (48,6%) meninas e 57 (51,4%) meninos (p 0,69).

No grupo EU a média de idades foi de 92,34 meses, com desvio padrão de 14,14, e no grupo EP 99,71 meses, com desvio padrão 18,07 (p 0,02).

As comparações entre as frequências de parto cesárea, parto normal, AM materno nas primeiras 6 h de vida entre os grupos EU e EP foram, respectivamente: 9,4% (n=3) x 43,2% (n=48), 90,6% (n=29) x 56,8% (n=48) (p 0,0003), 85,2% (n=23) x 63,7% (n=65) (p 0,04).

As medianas (1º, 3º quartis) de tempo de AM exclusivo, idade de introdução à fórmula láctea e idade de introdução de sólidos nos grupos EU e EP foram, respectivamente: 4 (3,6) x 4 (2,6) (p 1,00), 5 (3,5,7) x 6 (3,8,25) (p 0,84), 6 (4,7) x 6 (5,8) (p 0,03).

Observa-se que no grupo EP há maior prevalência de crianças nascidas por parto cesárea. Ainda percebe-se que no grupo EP a frequência de crianças que receberam AM nas primeiras 6 h de vida é menor. Na comparação entre os grupos, o grupo EP também apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à idade de introdução de sólidos. Em relação ao tempo de AM exclusivo e idade de introdução à fórmula láctea, não foi observada diferença estatisticamente significativa. O estudo evidencia como parto normal e AM antes das primeiras 6 h de vida modulam a saúde futura das crianças. O trabalho ainda mostra a importância da introdução de sólidos em idade correta como proteção contra desenvolvimento de OI.

**Palavras Chaves:** OBESIDADE INFANTIL, PARTO, ALIMENTAÇÃO

**Agradecimentos:** AGRADEÇO A MINHA ORIENTADORA ISABEL E TODOS PARTICIPANTES DO PROJETO PELO SUPORTE.

## Endocrinologia

### DISTÚRBO DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL OVARIOTESTICULAR 46,XX: REPERCUSSÕES DE UM DIAGNÓSTICO TARDIO

**ANNA CÂNDIDA XIMENES DE MENDONÇA SOBREIRA (UERJ), ISABEL REY MADEIRA (UERJ), PAULO FERREZ COLLETT SOLBERG (UERJ), RAQUEL TAVARES BOY DA SILVA (UERJ), DANIEL LUIS SCHUEFTAN GILBAN (UERJ), CLARICE BORSCHIVER DE MEDEIROS (UERJ), ANA PAULA NEVES BORDALLO (UERJ), CLAUDIA BRAGA MONTEIRO (UERJ)**

Distúrbios do desenvolvimento sexual (DDS) são condições congênitas nas quais o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal e anatômico é atípico ou incongruente entre si. DDS ovariotesticular (DDS-OT) é raro, e corresponde à presença de parênquima testicular e ovariano em um mesmo indivíduo. Tal diagnóstico é uma emergência clínica e social.

Nascido de parto vaginal pré-termo, Apgar 9/10, sem intercorrências. Pais sem morbidades, não consanguíneos, mãe nega uso de medicamentos no pré-natal. Não foi identificada anormalidade ao nascimento, tendo o sexo masculino sido registrado e adotado como de criação. Aos 2 anos, a mãe notou diferença na genitália do filho ao compará-lo com um primo. 1º tempo de correção de hipospádia nessa idade, ainda sem diagnóstico. Aos 4 anos, a 1ª consulta endocrinológica identificou hipospádia perineal, criptorquidia bilateral e micropênis de 3,3cm. O escore de masculinização externa foi 3,5 e Prader IV. Na investigação: testosterona responsiva ao hCG, pesquisa de SRY negativa e

cariótipo 46,XX. Ultrassonografia e biópsia identificaram gônadas ectópicas no canal inguinal, histopatológico em ambas evidenciou tecido testicular com túbulos seminíferos atróficos e imaturos e tecido ovariano com folículos primordiais, diagnosticando DDS-OT ovotestis bilateral. A correção da hipospádia foi em 5 tempos, com gonadectomia bilateral e ureteroplastia. A reposição androgênica foi iniciada aos 11 anos, com pênis de 5cm de comprimento e 6,5cm de circunferência. Com 13 anos, pênis de comprimento 8cm e circunferência 10cm, mantém reposição hormonal e aguarda implante de prótese testicular.

**DISCUSSÃO:** A incidência de ambiguidade genital e DDS 46,XX é 1:4.500 e 1:14.000, respectivamente. A suspeita inicial cabe ao pediatra na avaliação ao nascimento ou em rotina e requer investigação precoce e multidisciplinar, a fim de estabelecer um diagnóstico antes da formação de identidade de gênero e evitar impactos de uma designação inadequada. O diagnóstico de DDS-OT é histopatológico, sendo a forma ovotestis bilateral a 2ª mais frequente. Na DDS-OT 46,XX recomenda-se o sexo de criação feminino, devido a possibilidade de preservar função ovariana e potencial malignização testicular. Cirurgias definitivas na infância são controversas devido a incapacidade de consentimento, complicações e resultados a longo prazo. A deformidade genital e múltiplas cirurgias reconstrutivas acarretam prejuízos ao desenvolvimento emocional, cognitivo e da imagem corporal. A reposição androgênica objetiva induzir e manter caracteres sexuais secundários masculinos, bem como tratar o micropênis.

**CONCLUSÃO:** A suspeita inicial vinda do familiar e o diagnóstico tardio, evidenciam a necessidade de educação permanente dos profissionais em relação à AG. O sexo masculino adotado justifica as múltiplas cirurgias reconstrutivas. Repercussões de diagnóstico e manejo inadequado causam prejuízos irreparáveis ao indivíduo.

**Palavras Chaves:** DDS, OVARIOTESTICULAR, AMBIGUIDADE GENITAL, 46 XX

## Endocrinologia

### GORDURA ABDOMINAL AVALIADA POR ULTRASSONOGRAFIA E SUAS ASSOCIAÇÕES COM DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM CRIANÇAS PRÉ-PÚBERES

**LETÍCIA GONÇALVES DE QUEIROZ (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), PAULO FERREZ COLLETT-SOLBERG (UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), FERNANDA MUSSI GAZOLLA JANNUZZI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), CECÍLIA LACROIX DE OLIVEIRA (INSTITUTO DE NUTRIÇÃO DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), NÁDIA CRISTINA PINHEIRO RODRIGUES (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ALEXANDRA MARIA MONTEIRO GRISOLIA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), BEATRIZ LOUISE COSTA THEMÍSTOCLES (INSTITUTO DE BIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), VALÉRIA YASMINE MARINELLI VICENTE**

(INSTITUTO DE BIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), MARIA CRISTINA CAETANO KUSCHNIR (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), ISABEL REY MADEIRA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

A obesidade infantil é epidêmica globalmente, inclusive no Brasil, onde 1/3 das crianças apresentam excesso de peso.

Avaliar associação das gorduras de parede abdominal (EPA) e intra-abdominal (EIA), medidas por ultrassonografia (USG), com parâmetros antropométricos em crianças pré-púberes.

Estudo transversal com 241 crianças (5-11 anos), sendo 156 com obesidade, 37 com sobrepeso e 48 eutróficas, desenvolvido dentro de um projeto de pesquisa, ensino e extensão de um hospital universitário do sistema único de saúde. Avaliou-se EPA e EIA através de USG, realizada por radiologista experiente, como variáveis desfecho contínuas e categóricas (8805,P75), escore Z de índice de massa corporal (ZIMC), escore Z de circunferência de cintura (ZCC) e a relação entre circunferência de cintura e estatura como contínuas e independentes. Realizadas análises de regressão linear e logística simples. Para a regressão logística simples, foi necessário selecionar variáveis para o modelo e optou-se por avaliar somente a CC/E como variável antropométrica independente.

A mediana da EPA foi 18,90 mm (10,6 - 24,2) e da EIA foi 38,4 mm (28,9 - 47,7). Em relação ao sexo, 47,71 % (n= 115) eram do sexo feminino e 52,28 % (n= 126) do sexo masculino. A mediana de idade foi 8 anos (6,83 - 9,06). Em relação aos dados antropométricos, as medianas foram: ZIMC: 2,66 desvios padrões (DP) (1,57 - 3,46), CCZ: 1,81 DP (0,92 - 2,21), CC/E: 0,56 (0,49 - 0,61). Na regressão linear simples tendo como variável resposta EPA, os resultados de coeficiente de regressão (946,) e IC 95% foram: ZIMC: 4,67 (4,40 : 4,93), CCZ: 7,04 (6,96 : 7,96) e CC/E: 97,88 (94,25 : 102,11). Na regressão linear simples tendo como variável resposta EIA, estes foram os resultados: ZIMC: 4,92 (4,75 : 5,62), CCZ: 7,68 (7,39 : 8,84) e CC/E: 110,74 (103,13 : 117,47). Na regressão logística simples tendo como variável resposta EPA 8805, P75, o resultado do Odds-Ratio (OR) e o IC95% foi o seguinte: CC/E: 1,55E+11 (4,00E+05 : 5,98E+14). Na regressão logística simples tendo como variável resposta EIA 8805, P75, os resultados foram: CC/E: 5,82E+06 (8,74E+03 : 3,89E+12).

Na regressão linear simples, houve maior associação entre as medidas antropométricas avaliadas e a EIA, em vez da EPA. Já na regressão logística simples, nota-se forte associação entre a CC/E e as medidas de gordura abdominal avaliadas pela USG, sendo esta associação maior com a EPA. Estes resultados divergem entre si, mas mostram que existe boa associação entre as medidas ultrassonográficas de gordura abdominal e antropométricas, especialmente a CC/E. A medida de CC e o cálculo da CC/E devem ser sempre estimulados na prática clínica pediátrica.

**Palavras Chaves:** OBESIDADE. GORDURA ABDOMINAL. PRÉ-PÚBERES.

**Agradecimentos:** ESTE PROJETO RECEBEU FINANCIAMENTO DA FAPERJ.

## Endocrinologia

## PAN-HIPOPITUITARISMO CONGÊNITO: DIAGNÓSTICO NEONATAL.

DEBORAH ARAUJO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MARIA AMBRÓSIO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)

Descrevemos um caso de pan-hipopituitarismo neonatal. Esta patologia é considerada rara nesta idade e sua incidência é incerta, visto que não foi identificado nenhum caso relatado. Porém, seu conhecimento é de grande relevância para assegurar, através do diagnóstico e tratamento, o crescimento e desenvolvimento adequados do paciente.

S. V. M. S. nascida de parto cesáreo por iteratividade, a termo, AIG, necessitando de manobras de reanimação neonatal com IOT em sala de parto e internação na UTIN. Apgar 5/8. Evoluiu com hipoatividade, hipoglicemia, icterícia não colestatia e não responsiva a fototerapia por 10 dias. A hipoglicemia foi refratária apesar de infusão de glicose em altas concentrações, associada a dieta enteral com fórmula de partida, dieta modulada e nutrição parenteral plena. Teste de triagem neonatal normal. Exames laboratoriais evidenciaram T4L zerado com TSH e T3 baixos, confirmando, inicialmente, hipotireoidismo central. Após dosagem sérica de cortisol basal, LH, FSH, prolactina e GH, todos abaixo do valor de referência, confirmou-se pan-hipopituitarismo. Não foi realizado exame de imagem por indisponibilidade da instituição. Após diagnóstico, foi iniciado tratamento com Prednisolona e Levotiroxina, levando ao equilíbrio da glicemia com dieta plena por sucção e resolução do quadro de icterícia. Após a alta, paciente iniciou acompanhamento ambulatorial na pediatria e endocrinologia, iniciando reposição de GH.

### DISCUSSÃO

O hipopituitarismo congênito (HC) é definido pela deficiência de um ou mais hormônios hipofisários, já presente ao nascimento. Quando isto ocorre em mais de um hormônio, é denominado pan-hipopituitarismo. Acredita-se que a maioria dos casos seja idiopática. A incidência do HC é estimada entre 1/4000- 1/10.000 nascidos vivos, e as causas são defeitos no desenvolvimento embriológico ou genéticas. Identificar RN com HC pode ser desafiador, pois os sintomas iniciais são inespecíficos, como hipoglicemia, icterícia prolongada (com ou sem colestase), baixo ganho de peso, anormalidades eletrolíticas e instabilidade térmica e hemodinâmica, sendo a apresentação variável de acordo com os eixos hormonais afetados. O diagnóstico é caracterizado pela alteração nos níveis séricos hormonais, com teste de um ou mais eixos que englobam a glândula pituitária. Além dos hormônios, a ressonância magnética e testes genéticos acrescentam dados, lembrando que o HC está, frequentemente, associado a outros defeitos de linha média. O tratamento consiste na reposição hormonal após diagnóstico.

### COMENTÁRIOS FINAIS

O caso em questão descreve um RN com pan-hipopituitarismo de difícil diagnóstico, que evoluiu com desfecho favorável após início da terapia e seguimento ambulatorial. No período neonatal, sua determinação pode ser desafiadora pela inespecificidade dos sintomas, porém, a identificação precoce é de extrema importância, pois os déficits hormonais não diagnosticados podem levar a morbidade significativa e possível mortalidade.

**Palavras Chaves:** PAN-HIPOPITUITARISMO, RECÉM NASCIDO, HIPOGLICEMIA, ICTERÍCIA

**Agradecimentos:** AO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HFSE, ESSENCIAL NO NOSSO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL.

## Endocrinologia

### TIREOTOXICOSE NA INFÂNCIA - RELATO DE CASO

**AMANDA QUEIROZ MACHADO (HOSPITAL ESCOLA ALCIDES CARNEIRO), FLAVIA SILVA TEIXEIRA (HOSPITAL ESCOLA ALCIDES CARNEIRO), ANDREA DA COSTA E SILVA DYONÍSIO (HOSPITAL ESCOLA ALCIDES CARNEIRO)**

A Doença de Graves é responsável por aproximadamente 90% dos casos de hipertireoidismo na infância. Trata-se de uma doença autoimune causada pela produção de anticorpos, denominados TRAb, que estimulam o receptor de TSH na glândula tireoide, mimetizando os efeitos do hormônio TSH, provocando o aumento da produção de hormônios tireoidianos.

Escolar, 5 anos, feminino, parda, portadora da Síndrome Sprintzen-Goldberg, sem acompanhamento regular com pediatra, procura atendimento por queixa de agitação. À avaliação apresentava exoftalmia, bócio, agitação psicomotora, taquicardia, tremor de extremidades, pele quente e úmida, sendo diagnosticada com Crise Tireotóxica. Foi referenciada para internação no Hospital Alcides Carneiro (HAC), onde realizou exames laboratoriais que evidenciaram TSH:0,01, T4L:5,85, TRAb:40, Anti-TPO:110, Anti-tireoglobulina:1,3 e USG de tireoide: aumento difuso da vascularização da glândula, volume aumentado e parênquima heterogêneo - compatível com tireoidite. Permaneceu internada por 14 dias, recebendo tratamento com Tapazol 15mg/dia e Propranolol 1,5mg/kg/dia, apresentando melhora progressiva da sintomatologia até alta hospitalar. Foi encaminhada para seguimento com pediatra e endocrinologista pediátrico, com manutenção da terapêutica. Neste interim, com acompanhamento do pediatra assistente optou-se pela suspensão das drogas anti-tireoidianas. Aproximadamente 30 dias após a interrupção do tratamento, compareceu à consulta com endocrino-pediatra apresentando ao exame físico perda ponderal de 4kg no último mês, taquicardia (170bpm), exoftalmia, bócio, tireoide fibroelástica e sem nódulos, hipertensão divergente, hipertermia, tremor de extremidades, agitação psicomotora e paresia de membros inferiores. Dada sintomatologia, optou-se pelo encaminhamento à urgência pediátrica do HAC para compensação do novo episódio de Tireotoxicose. Nesta internação apresentou TSH:0,06, T4L:6,04, sendo reiniciado esquema terapêutico prévio. Com melhora evolutiva laboratorial TSH:0,02, T4L:1,09 e remissão significativa da sintomatologia, optou-se por alta hospitalar no 9º dia de internação, com manutenção da prescrição e seguimento ambulatorial.

As informações contidas neste trabalho foram obtidas através de revisão de prontuário e da literatura.

Embora a Doença de Graves seja a principal causa de hipertireoidismo na infância, sua tríade clássica (bócio, hipertireoidismo e oftalmopatia) é raramente encontrada em crianças. Seu diagnóstico é baseado nos achados clínicos e

laboratoriais - TSH reduzido, T4L aumentado e TRAb positivo. A Tireotoxicose é uma complicação grave do não tratamento ou manejo inadequado da patologia de base, que requer avaliação de critérios de gravidade para orientar abordagem. Com base nos dados apresentados, vale-se ressaltar que o diagnóstico precoce da Doença de Graves ajuda evitar a instalação clínica da Crise Tireotóxica cujo reconhecimento é importante devido à alta taxa de morbimortalidade que tal patologia apresenta.

**Palavras Chaves:** "HIPERTIREOIDISMO", "CRISE TIREOTÓXICA", "DOENÇA DE GRAVES"

## Endocrinologia

### A RELEVÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DA VIRILIZAÇÃO DA GENITÁLIA EM RECÉM-NASCIDOS AO EXAME FÍSICO: UM RELATO DE CASO

**GIOVANA GREGORIO DE CASTRO (FMP), GIULIA MARANGONI FERREIRA (FMP), CAMILA SANT'ANNA MAURÍCIO (FMP), JÚLIA GABRIEL SANT'ANA (FMP), NATALIA SOARES GALINDO (FMP), ENEIDA VEIGA (FMP), JULIANA GALL (FMP), ADRIANA DURINGER JACQUES (FMP)**

A genitália virilizada é um achado ao exame físico que pode evidenciar graves patologias. Ao levantar tal hipótese diagnóstica, deve-se buscar: fatores ambientais, genéticos e hormonais. Destaca-se ainda a Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), quadro grave com altos índices de mortalidade. Portanto, a identificação precoce e o conhecimento frente à investigação de casos como o apresentado fazem-se importante para estabelecer precocemente a terapêutica adequada e evitar complicações.

RN, feminino, parto cesáreo com 36s+2d, devido à CIUR e SFA, 2.340 g, PIG, APGAR 9/9. A mãe realizou 9 consultas de pré-natal, iniciado no 1º trimestre, sorologias negativas. Evoluiu com desconforto respiratório nas primeiras horas de vida, transferido para UTI neonatal onde permaneceu por 24h, sem necessidade de suporte de O<sub>2</sub>. Com melhora do padrão respiratório e sem outras intercorrências, foi para o alojamento conjunto. Ao exame físico, identificou-se hipertrofia de clitóris (1,2cm), com grau de virilização da genitália. Prosseguiu-se a investigação com USG de abdome total, sem alterações. Além disso, foi solicitada a dosagem da 17-hidroxiprogesterona, androstenediona e testosterona. Paciente recebeu alta com 5 dias de vida para seguimento ambulatorial e para aguardar resultado dos exames, visto que encontrava-se clinicamente estável. Foi marcado um retorno para reavaliação após 3 dias, porém não ocorreu por descontinuidade do tratamento a critério dos responsáveis.

Dentre as principais causas e patologias relacionadas à virilização da genitália encontra-se: uso de medicamentos pela mãe, sinais de virilização materna, PIG, consanguinidade entre os pais e cariótipo 46,XX. O uso de medicamentos pela mãe pode influenciar no grau de masculinização da genitália ou de diferenciação sexual sendo dose-dependente. Em mães com sinais de virilização há menor conversão de andrógenos fetais, o que gera masculinização da genitália externa no feto feminino. Os RNs PIGs podem apresentar pubarca precoce idiopática. Na consanguinidade entre os pais, o

fator principal envolvido é a genética e por a HAC se tratar de uma doença recessiva, também deve ser considerada.

Diante de um exame físico sugestivo, exames complementares como: Teste do Pezinho, USG abdominal, cariótipo, dosagem de DHEA-S, cortisol, androstenediona, testosterona, NA+, K+, devem ser solicitados. O teste do pezinho abrange a dosagem da 17-hidroxiprogesterona que se aumentada, favorece a hipótese de HAC. A dosagem das outras substâncias citadas, tem como finalidade descartar uma possível crise adrenal. A USG abdominal tem como objetivo visualizar o útero e os ovários para excluir alterações anatômicas.

Assim, é possível observar a importância de um exame físico atento, além da coleta de anamnese desde o período gestacional, pois diversas patologias que podem influenciar na vida do paciente são encontradas no período neonatal e tem-se a oportunidade de abordá-las precocemente, diminuindo a chance de complicações.

**Palavras Chaves:** VIRILIZAÇÃO, GENITALIA, RECÉM-NASCIDOS

**Agradecimentos:** GOSTARÍAMOS DE AGRADECER AS NOSSAS PRECEPTORAS DE PEDIATRIA DA FMP.

## Endocrinologia

### BAIXA ESTATURA INICIANDO A INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME DE TURNER

**VIRGINIA DELARMELENA (HUAP-UFF), TAIANE CAMARGO (HUAP-UFF), THAIS RIOS (HUAP-UFF), GABRIELA ROSESTOLATO (HUAP-UFF), APRISCLA MENDES (HUAP-UFF), ROSHELLE BALEIXO (HUAP-UFF), MAGALI DAMITIO (HUAP-UFF), JULIANA MAINCZYK (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF)**

Baixa estatura (BE) é queixa frequente nas consultas pediátricas ocorrendo em 2,5% das crianças. Cerca de 80% correspondem a variantes da normalidade, BE familiar ou atraso constitucional do crescimento. Em 20%, porém, devemos investigar e tratar condições patológicas que impactam além da estatura final da criança.

Paciente do sexo feminino, 10 anos, encaminhada para o ambulatório de endocrinologia pediátrica para investigação de BE. Não há relato de doenças crônicas. Pré-natal sem intercorrências. Nascida com peso e comprimento adequados para a idade gestacional. Relato de edema isolado em pé esquerdo ao nascimento. Presença de atrasos na aquisição de marcos de desenvolvimento e comportamento infantilizado, além de déficit cognitivo moderado com reprovação de ano letivo. Não há relato de BE na família. Ao exame, paciente apresentava pescoço alado, palato ogival, encurtamento de quarto quirodáctilo e cúbito valgo. Apresentava USG de abdome e pelve normal, com visualização de útero, mas não de ovários, ECG normal e cariótipo 45,X0.

**DISCUSSÃO:** A síndrome de Turner (ST) é definida por uma combinação de achados fenotípicos associada a ausência completa ou parcial do segundo cromossomo X com ou sem mosaïcismo. É causa importante de BE em meninas e de amenorreia em adolescentes. Ocorre em 1 a cada 1500 - 2500 meninas nascidas vivas. A frequência do cariótipo 45,X0 na concepção é de cerca de 3% mas em 99% dos casos há aborto espontâneo, correspondendo a 5 a 10% de todos os abortos. Ainda no pré-natal pode-se suspeitar

de ST, quando se observa aumento da translucência nucal, higroma cístico ou hidropsia fetal. Tais achados associados a um cariótipo compatível, confirmam o diagnóstico da ST. A clínica desses pacientes pode variar desde BE isolada, até o acometimento de vários órgãos e sistemas, como afecções cardiovasculares, com cardiopatias congênitas e coarctação da aorta, alterações renais, com rim pélvico ou em ferradura e agenesia renal. Os distúrbios metabólicos podem se apresentar com autoanticorpos antitireoidianos, resistência a insulina e hipercolesterolemia. A frequência de doenças inflamatórias intestinais, alterações dermatológicas e a suscetibilidade a otites médias também está aumentada nessa população. Há ainda risco aumentado de ansiedade, isolamento social e distúrbios de comportamento. O acompanhamento deve ser realizado em caráter multidisciplinar a depender das necessidades específicas de cada paciente. O manejo da BE é feito com terapia com hormônio do crescimento para pacientes que apresentarem comprimento abaixo do percentil 5 para idade, e nos casos mais graves pode-se associar oxandrolona ou até mesmo indução puberal tardia.

A queixa de BE não deve ser menosprezada nas consultas pediátricas já que, em alguns casos, ela pode ser a apresentação inicial de patologias mais complexas que demandam manejo específico e condutas direcionadas.

**Palavras Chaves:** BAIXA ESTATURA, SÍNDROME DE TURNER

## Endocrinologia

### DISGENESIA GONADAL MISTA EM DISTÚRBO DE DIFERENCIAÇÃO DO SEXO: RELATO DE CASO

**GABRIELA ROSESTOLATO (HUAP-UFF), ROSHELLE BALEIXO (HUAP-UFF), CAROLINA RIBEIRO (HUAP-UFF), TAIANE CAMARGO (HUAP-UFF), MAGALI DAMITIO (HUAP-UFF), JULIANA MAINCZYK (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF), LISIEUX EYER (HUAP-UFF), CLAUDETE CARDOSO (HUAP-UFF)**

Distúrbios de diferenciação do sexo (DDS) apresentam-se frequentemente no recém-nascido, sob a forma de atipia da genitália externa ou mais tarde como hérnia inguinal contendo gônada em menina fenotípica, atraso puberal ou amenorreia. Tais distúrbios são responsáveis por importante impacto psicossocial, sendo essencial identificar a etiologia no menor tempo possível. Quando se trata de uma criança ainda sem registro civil, a família deve ser imediatamente comunicada de que existe uma anormalidade genital e que é necessária a realização de exames para esclarecimento diagnóstico.

Paciente com 6 anos de idade com história de genitália ambígua ao nascer. Ao exame físico em alojamento conjunto apresentou genitália atípica, falo encurvado, gônada direita palpável em prega lábio-escrotal direita, pregas lábio-escrotais com fusão parcial e gônada esquerda impalpável. Realizou-se na ocasião abordagem cirúrgica para correção de genitália, sendo realizadas gonadectomia à esquerda, correção de hipospádia e plástica de bolsa escrotal. Triagens neonatais não apresentaram alterações. Coletado cariótipo com resultado XX e feita biópsia de gônada direita, exibindo somente túbulos seminíferos (atróficos) com fibrose de estroma.

**DISCUSSÃO:** De acordo com o Consenso de Chicago, os critérios para investigação de DDS envolvem evidente atipia genital, em uma genitália de aspecto masculino, presença de micropênis, criptorquidia bilateral, hipospádia grave ou hipospádia associada a criptorquidia, em uma genitália de aspecto feminino, a presença de clitoromegalia, fusão labial posterior ou massa inguinal, história familiar de DDS, e discordância entre o fenótipo do recém-nascido e o genótipo pré-natal. Para investigação, é essencial entender a diferenciação sexual normal, definir a presença de genitália atípica, realizar uma anamnese detalhada e solicitar exames complementares. Nos casos de genitália ambígua sem gônadas palpáveis, a hipótese de hiperplasia adrenal congênita deve ser investigada antes do resultado do cariótipo, por ser a principal causa em recém-nascidos. Quando apenas uma gônada é palpável, pode se tratar de disgenesia gonadal mista, DDS ovotesticular ou DDS 46,XY, necessitando de laparoscopia/laparotomia e biópsia gonadal para diagnóstico definitivo

Diante do quadro apresentado, a principal hipótese é disgenesia gonadal mista, sendo seu diagnóstico através da avaliação histológica. O principal diagnóstico diferencial é a DDS ovotesticular. Em todos os casos, é fundamental que o diagnóstico seja feito antes do estabelecimento da identidade sexual, idealmente no período neonatal. Por fim, é importante dar orientações para a família sobre o sexo de criação, sabendo-se que a identidade de gênero é inata e não uma consequência.

**Palavras Chaves:** DISGENESIA GONADAL MISTA, DISTÚRBO DE DIFERENCIAÇÃO DO SEXO

## Ensino e Pesquisa

### INSERÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA EM PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROJETO APOIO

**LÍVIA DE CASTRO ARAUJO VALENTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (FCM - UERJ)), FERNANDA MUSSI GAZOLLA JANNUZZI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE-UERJ)), CECÍLIA LACROIX DE OLIVEIRA (INSTITUTO DE NUTRIÇÃO DA UERJ (INU -UERJ)), PAULA MARTINS DUARTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO FCM - UERJ), LETÍCIA GONÇALVES DE QUEIROZ (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS (PGCM - UERJ)), ELISABETH DE AMORIM MACHADO (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOPATOLOGIA CLÍNICA E EXPERIMENTAL - FISCLINEX/UERJ), BEATRIZ LOUISE COSTA THEMISTOCLES (INSTITUTO DE NUTRIÇÃO DA UERJ (INU-UERJ)), PAULO FERREZ COLLETT-SOLBERG (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (FCM - UERJ)), ISABEL REY MADEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (FCM - UERJ))**

Obesidade infantil é uma doença que possui crescente prevalência mundial. Assim, o projeto de extensão APOIO - Ambulatório de Pesquisa em Obesidade Infantil visa assistir crianças em idade pré-escolar e escolar com excesso de peso, em equipe multidisciplinar, pesquisa na área e atividades de educação em saúde (AES), buscando caracterizar e interferir no cenário de obesidade infantil.

Descrever a inserção do estudante de medicina em atividades de educação em saúde no projeto de extensão APOIO e sua contribuição nas atividades realizadas, bem como a contribuição da extensão à sua formação acadêmica.

O acadêmico de medicina do Projeto Apoio participa das consultas conjuntas e discussão dos casos com a equipe multiprofissional do ambulatório, tendo como público alvo crianças em idade pré-escolar e escolar do Ambulatório Geral do HUPE-UERJ e do APOIO. Além disso, atividades de educação em saúde contam com a participação de bolsistas graduandos em medicina, médicos, enfermeiros, nutricionistas e brinquedistas, sendo realizadas na brinquedoteca e na sala de espera. As atividades são desenvolvidas discussões lúdicas através de jogos que estimulam atividade física, montagem de possíveis refeições saudáveis, degustação de alimentos saudáveis.

O estudante de medicina consegue expandir seus conhecimentos, integrando comunidade acadêmica e externa, permitindo identificar a necessidade do cuidado integral a partir da experiência em equipe multidisciplinar no APOIO. As atividades realizadas nas salas de espera proporcionam ao estudante vivenciar uma abordagem diferenciada, perpassando pela adoção de um discurso de fácil compreensão pelas crianças e seus responsáveis e pela importância da valorização do brincar como instrumento terapêutico. Assim, mudanças de hábitos através das atividades temáticas associadas com saúde e bem-estar do paciente podem ser observadas, contribuindo para redução dos riscos cardiovasculares impostos pela OI.

Observando-se o alto impacto da OI na saúde pública e sua alta complexidade fisiopatológica, o projeto APOIO oferece uma ampliação do conhecimento acadêmico, conhecimento dos múltiplos fatores agravantes dessa condição e ferramentas para abordagem clínica diferenciada, trazendo equidade para público-alvo. O acadêmico produz e difunde novos conhecimentos através do projeto que é estruturado em um formato lúdico e multidisciplinar facilitador de adesão efetiva ao plano terapêutico.

**Palavras Chaves:** OBESIDADE INFANTIL, EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ATIVIDADES LÚDICAS.

## Ensino e Pesquisa

### O ENSINO DA HOMEOPATIA E SEU EMPREGO PELOS PEDIATRAS

**ROSEANA MARIA DE ARAUJO MATOS (CONSULTÓRIO MÉDICO)**

O ensino da Homeopatia, a divulgação e a pesquisa podem ajudar a resolver problemas básicos de saúde da população, como terapia médica simples e eficaz de atenção primária.

Pediatras buscam o emprego da Homeopatia por ser uma terapia com menor custo e menos riscos à saúde do pequeno paciente. É necessário, porém, divulgar e ampliar o ensino e informação aos médicos para que a terapia homeopática possa estar ao alcance de todos. Crianças com viroses, doenças de repetição, doenças crônicas, queixas emocionais e até constipação encontram na Homeopatia o tratamento para sua doença e para o equilíbrio da saúde. Os pediatras e outros profissionais da saúde encontram pouca informação e ensino sobre Homeopatia

na graduação e pós graduação. Este trabalho científico pretende estimular a busca pela Homeopatia seu emprego e ensino nas universidades.

O método aqui empregado foi o levantamento do ensino de Homeopatia nas faculdades de medicina do Brasil, buscando na grade curricular da graduação, pós graduação e residência médica, além das associações médicas e cursos livres que oferecem o ensino de Homeopatia presencial e EAD.

A Homeopatia foi oficializada como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina em 1980 e seu ensino teve demanda acelerada nas décadas de 80 e 90, graças a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986), promovendo a saúde no mundo e clamando por modelos mais simples, eficazes e acessíveis à maioria da população do planeta. Neste período, cresceram no Brasil as sociedades de Homeopatia oferecendo também cursos de pós graduação para médicos. Desde 2006, embora sem incentivo ao ensino e a pesquisa, o Plano Nacional de Práticas Integrativas e Convencionais (PNPIC) do Ministério da Saúde/OMS, oferece atendimento homeopático no SUS em todo território nacional.

Neste panorama de desconhecimento e desinformação sobre esta especialidade médica ocorrem também reflexos consequentes, na prática médica e na produção científica. Porém vários "cursos de informação para leigos" vem sendo oferecidos até os dias de hoje, promovendo a busca pelo tratamento médico homeopático. Os pediatras interessados em Homeopatia, podem contar com material técnico específico apesar de pouca aceitação por parte dos professores docentes, desinformados e preconceituosos pelo desconhecimento dessa terapêutica. A Homeopatia é uma racionalidade médica diferente que pensa no indivíduo como um todo e o efeito da medicação homeopática é FÍSICO e não químico, devido a DINAMIZAÇÃO, método específico do preparo do medicamento homeopático, sendo imaterial e melhor explicado pela física quântica.

**Palavras Chaves:** HOMEOPATIA, ENSINO, PEDIATRIA.

## Ensino e Pesquisa

### HANDS ON SALA DE PARTO: O IMPACTO DO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES DE REANIMAÇÃO NEONATAL NO APRENDIZADO DO MÉDICO GENERALISTA ATRAVÉS DE METODOLOGIA ATIVA

PEDRO ERNANDES BERGAMO (UERJ), THAYNÁ VALENTIM LOPES (UERJ), LEONARDO MATHEUS CARDOSO DE SOUZA, (UERJ), PEDRO HENRIQUE SANT'ANNA ANTUNES (UERJ), DAYANE FIGUEIREDO FIALHO ROCHA, (UERJ), GUILHERME AUGUSTO DRABESKI (UERJ), PAULA FLORENCE SAMPAIO (UERJ), MARISE ELIA MARSILLAC (UERJ), RAFAELA BARONI AURILIO, (UERJ), KÁTIA FARIAS E SILVA (UERJ)

Artigos de revistas acadêmicas sobre educação médica relatam que a medicina moderna exige que os futuros profissionais de saúde não apenas adquiram conhecimento teórico, mas também

desenvolvam habilidades práticas fundamentais. A inserção da metodologia ativa no ensino médico no campo da pediatria, onde o cuidado com os recém-nascidos é de extrema delicadeza e complexidade, é crucial. Foi elaborado a atividade 'Hands on' em reanimação neonatal, com base em construção de situação problema, a fim de internalizar conceitos e preparar discentes para atuação em campo.

Avaliar o aprendizado dos alunos do terceiro ano de medicina usando a simulação de casos na abordagem inicial do recém-nascido na sala de parto, com a contribuição da monitoria de Pediatria

Foi elaborada situação problema denominada 'Hands on em sala de parto' e apresentada aos discentes, que foram supervisionados pelos professores e monitores de Pediatria. Antes do treinamento foram distribuídas, para uma leitura prévia, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria(SBP) sobre o tema e um material didático, com base nessas diretrizes, elaborado pelos monitores da disciplina. Em seguida, uma explanação teórica breve foi feita pelos professores. O treinamento consistiu em simulação com 2 manequins a partir de um caso clínico básico sobre o tema, em que os alunos puderam treinar o conteúdo teórico aprendido de forma interativa e debate. Posteriormente foi utilizado um formulário anônimo online para saber a avaliação discente sobre a atividade, cujas perguntas foram: 1) Como foi a experiência com a atividade de 'hands on', 2) Se a prática de reanimação neonatal deixou os alunos mais seguros, 3) Avaliar a participação dos monitores nesse processo, 4) Quanto a prática ajudou para internalizar conhecimentos teóricos. Por fim, também foi solicitado ao aluno que definisse a prática em uma palavra.

Trinta e quatro de 50 alunos responderam ao formulário(68%). Destes, 28(82,35%) classificaram a prática como "muito boa", 32(94,11%) afirmaram que se sentem mais seguros em relação à prática de reanimação neonatal, 34(100%) classificaram que os monitores foram muito elucidativos durante a atividade, ajudando-os a elaborar um roteiro mental sobre o passo a passo da reanimação e 31(91,17%) afirmaram que o treinamento esclareceu muito na prática os conceitos estudados previamente. Por fim, foi solicitado que os alunos definissem a prática em apenas uma palavra, obtivemos: 'salvar', 'importante', 'essencial', 'necessário', 'motivante' e outras. 'Excelente' e 'interessante' merecem destaque, ocupando, respectivamente, primeira e segunda posição

Fica evidente que metodologias ativas incentivam os estudantes de forma autônoma e participativa tornando-os protagonistas de seu próprio ensino. Confiantes, nesta ação, na atuação sala de parto com protocolo atualizado. Com este resultado positivo, deve-se manter a atividade como construção de conhecimento médico e profissionais seguros

**Palavras Chaves:** REANIMAÇÃO NEONATAL, TREINAMENTO, METODOLOGIA ATIVA

## Ensino e Pesquisa

### CONTEÚDOS INDICADORES DE CONDUTA EM RECÉM-NASCIDO COM RISCO DE ENCEFALOPATIA BILIRRUBÍNICA.



**BRUNA LARISSA COSTA LIMA MARANHÃO (FACULDADE SOUZA MARQUES), GLAUCIA MACEDO DE LIMA (FACULDADE SOUZA MARQUES), BRENDA VITÓRIA DE CARVALHO MERCADANTE SIMÕES (FACULDADE SOUZA MARQUES), MARIANA RIBEIRO MAISONNETTE (FACULDADE SOUZA MARQUES)**

A Hiperbilirrubinemia indireta-HI ocorre universalmente aos primeiros dias de vida, como condição fisiológica neonatal. Contudo, aumentos significativos nos valores de hiperbilirrubinemia tem potencial neurotóxico que podem desenvolver disfunções neurológicas significativas no recém nascido - RN.

Observar se futuros médicos possuem conteúdo teórico-prático mínimo para lidar com icterícia neonatal e nortear riscos inerentes à encefalopatia bilirrubínica.

Estudo transversal, descritivo, quali-quantitativo, com questões de bibliografia especializada em hiperbilirrubinemia indireta neonatal e risco de encefalopatia bilirrubínica referente à 1-epidemiologia, 2-evolução clínica, 3-tratamento, 4-diagnóstico, 5-conduta à alta do RN icterício - aplicadas via formulário google a estudantes em final de graduação Medicina, concordantes com participação pelo TCLE prévio do projeto aprovado - CEP CAAE 51888121.3.0000.5239. Foi anexado ao Questionário, material didático validado "Nomograma hora - específico" para consulta da conduta a recém-nascido com hiperbilirrubinemia indireta. Pelo caráter qualitativo da pesquisa respostas estruturadas foram analisadas quanto ao domínio mínimo esperado para proteger cada RN com hiperbilirrubinemia indireta de uma eventual encefalopatia bilirrubínica.

21 estudantes que concluíram prática de neonatologia na Faculdade responderam e 25% deles objetivam ser Pediatras. Percentuais de acertos a cada questão-Q foram: 1aQ"indicadores epidemiológicos de riscos e agravo de hiperbilirrubinemia indireta"84%, 2aQ"indicador clínico encefalopatia" 82%, 3aQ "Considerações terapêuticas-Fototerapia e Exsanguineotransfusão-EST"96%, 4aQ"etiopatogenia/diagnóstico HI" 85-100%, sendo 90% acertos relacionados à identificação de iminente encefalopatia, 5aQ"conduta à alta com 48h vida"57%.

Os futuros médicos da amostra demonstraram boa desenvoltura dos conteúdos científicos que utilizaram para resposta prática às questões inerentes à hiperbilirrubinemia indireta neonatal e sua eventual neurotoxicidade relacionada.

Os resultados enfatizam a necessidade da conscientização sobre a icterícia neonatal especialmente no tocante à observação de riscos inerentes à hiperbilirrubinemia indireta mais significativa, por ocasião da alta neonatal recomendada com 48 h de vida-Q5, questão com o menor índice de acertos. Contudo, diante de questões mais sensíveis relacionadas a riscos iminentes de agravo que levaram à indicação oportuna de medida terapêutica mais invasiva, como a Exsanguineotransfusão em caso não resolvido com fototerapia intensiva-Q3 houve o maior percentual de acertos dos respondentes.

Essas constatações elencadas fomentam discussão acerca da relevância da educação continuada e formação de profissionais de saúde competentes e comprometidos com o tema para exercício ideal da medicina neonatal.

**Palavras Chaves:** EDUCAÇÃO MÉDICA, CUIDADOS MÉDICOS, HIPERBILIRRUBINEMIA

## **AMILOIDOSE CUTÂNEA EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO**

**PRISCILLA FILIPPO ALVIM DE MINAS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), ANDREA OTERO SOSA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), DANIEL CUNHA ARAÚJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), CATARINA NOBREGA LOPES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), VIVIAN FICHMAN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARIA DE FÁTIMA GUIMARÃES SCOTELARO ALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), ANA LUISA SAMPAIO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), LUNA AZULAY-ABULAFIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)**

O termo amiloidose refere-se à um grupo heterogêneo de doenças que têm em comum a deposição extracelular anormal de amiloide, que se acumula na pele ou em outros tecidos, resultando em danos progressivos. A amiloidose pode ser classificada, de acordo com o local de depósito da substância amiloide em sistêmica ou generalizada (quando afeta vários órgãos e tecidos) e localizada (limitada a um órgão). Lesões dermatológicas podem ser vistas na amiloidose cutânea primária (localizada) e, menos comumente, na amiloidose sistêmica com manifestações cutâneas.

Amiloidose cutânea primária está associada à deposição de amiloide na derme sem qualquer envolvimento sistêmico. Compreende os seguintes tipos clínicos: macular, liquenoide, nodular e bifásico. O diagnóstico é realizado através das características clínicas e pode ser confirmado por biópsia. O tratamento depende do subtipo clínico, tendo como objetivo principal o controle do prurido.

Relatar um caso de um paciente adolescente com amiloidose cutânea primária.

Paciente masculino, 16 anos, portador de rinite e asma, veio à consulta acompanhado pela mãe, referindo aparecimento de lesão maculosa hipercrômica na região do dorso à esquerda. Inicialmente uma mácula eritematosa, com coloração violácea nas bordas, com crescimento centrífugo progressivo. Negava prurido, ardor, dor e parestesias. Negava lesões mucosas, artralgia, artrite, equimoses pós traumas, emagrecimento e outros sintomas sistêmicos. Fez uso de hidratante e corticosteroide tópico de média potência sem melhora clínica. Não havia história familiar de doenças dermatológicas.

Ao exame físico apresentava mácula de centro eritematoso, bordas hipercrômicas, medindo cerca de 15 x 10 cm, na região dorsal à direita, com algumas pápulas no centro. Ausência de descamação e infiltração. Não apresentava hematomas, macroglossia, acometimento de mucosas e alterações ungueais.

Foi realizada biópsia incisional da lesão. O resultado foi compatível com amiloidose na coloração de Hematoxilina e Eosina. A coloração vermelho do congo confirmou o depósito de amiloide. O vermelho do congo cora de vermelho, mas não tem birrefringência na amiloidose cutânea primária, diferente da amiloidose sistêmica que tem a birrefringência. Uma vez que a lesão era assintomática, optamos por conduta expectante.

O paciente do caso relatado apresentou um quadro de amiloidose maculosa. A amiloidose maculosa é caracterizada por máculas acastanhadas, frequentemente pruriginosas, podendo ser assintomáticas, como no nosso paciente. O diagnóstico diferencial se faz com líquen plano pigmentoso, líquen simples crônico e hiperpigmentação pós-inflamatória. Nosso paciente teve o diagnóstico confirmado pelo anatomopatológico.

A amiloidose cutânea primária é uma dermatose benigna, rara na faixa etária pediátrica. O pediatra deve saber reconhecer as diferentes manifestações da amiloidose, uma vez que os sinais, gravidade da doença e tratamento, dependem de quais órgãos foram afetados.

**Palavras Chaves:** AMILOIDOSE. AMILOIDOSE CUTÂNEA PRIMÁRIA. ADOLESCÊNCIA.

## Dermatologia

### SÍNDROME DE OLMSTED: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**LUNA ROCHA GOIFMAN (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), BEATRIZ CRIVELLI ALVARENGA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), CECILIA HAUAJI GARZON (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), MARIANA SANTOS LOPES DA CONCEIÇÃO (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), ISABELLA MARTINS DA SILVA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), JULIA ZOUZAS NUNES DE SOUZA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES)**

Descrita pela primeira vez em 1927, a síndrome de Olmsted (OS) é uma síndrome rara, caracterizada pela combinação de ceratodermia palmoplantar (PPK) transgrediente mutilante bilateral e placas ceratóticas periorificiais. A doença pode se manifestar tanto no período neonatal quanto na primeira infância. No mundo, até 2015 foram relatados 73 casos na literatura. No Brasil, até a presente data, foram relatados 5 casos da síndrome. O termo (PPK) indica qualquer forma de espessamento persistente da epiderme das palmas das mãos e plantas dos pés. Até o momento, existem diversas variantes hereditárias e o diagnóstico é baseado principalmente na história clínica combinada com achados histopatológicos.

Fornecer uma revisão atualizada das características clínicas, diagnósticos diferenciais, tratamento atual e casos encontrados no Brasil da síndrome de Olmsted.

Esta revisão sistemática é baseada em uma pesquisa bibliográfica em que foi utilizado as plataformas: PubMed, UpToDate e Scielo. Uma pesquisa abrangente foi realizada em estudos publicados de 2003 até 2023, utilizando os descritores: Olmsted syndrome, palmoplantar keratoderma, periorificial keratoderma. Os critérios de exclusão foram artigos publicados antes de 2002, editoriais ou cartas ao editor. Ao final, 8 artigos foram selecionados.

Os indivíduos que apresentam PPK podem ter como sintomas lesões pruriginosas e bandas digitais constrictivas nas mãos e pés, o que pode levar, nos casos mais graves, à amputação espontânea. Além da ceratodermia periorificial também pode ocorrer anormalidades nas unhas e afinamento do fio de cabelo. Dois diagnósticos diferenciais da PPK são: paquioníquia congênita e a hiperqueratose epidermolítica. Em relação aos 5 casos relatados no Brasil, 4 pacientes tiveram início do quadro no período neonatal ou na primeira infância e nenhum paciente apresentou história familiar positiva para a OS. O quinto caso não foi estudado neste artigo. Os sintomas em comum foram: ceratodermia palmoplantar e alopecia universal ou difusa. Em apenas um caso foi necessário realizar amputação de um membro. O tratamento utilizado para a OS tem resultados variáveis e, atualmente não há tratamento específico nem

satisfatório para a OS. Ademais, o tratamento da dor e prurido são extremamente importantes para reduzir a morbidade da doença. É esperado que antagonistas do TRPV3 seja uma abordagem eficaz para o tratamento de pacientes portadores desta mutação.

Neste sentido, apesar de ser uma doença rara, é esperado que estudos com maior amostragem e acompanhamento mais duradouro possam trazer mais informações tanto em relação a diagnóstico quanto almejando uma abordagem multidisciplinar com novas pesquisas genéticas para avanços terapêuticos. Vale ressaltar, a importância do estudo de doenças raras a fim de disseminar informação e auxiliar em diagnósticos, que apesar de incomuns, devem fazer parte do diagnóstico diferencial, visto sua importância para condução do caso dos portadores de tais condições.

**Palavras Chaves:** OLMSTED SYNDROME, PALMOPLANTAR KERATODERMA

## Dermatologia

### A MUDANÇA DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE AGENTES DE TINEA CAPITIS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

**PRISCILLA FILIPPO ALVIM DE MINAS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), FELIPE TAVARES RODRIGUES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), VIVIAN FICHMAN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), LUNA AZULAY-ABULAFIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)**

A dermatofitose do couro cabeludo é uma infecção fúngica que acomete principalmente crianças. Na região Sudeste do Brasil, *Microsporum canis* é considerada a espécie mais frequente. Recentemente foram descritos casos de tinea capitis por *M. audouinii* no Brasil.

Relatar a mudança do perfil epidemiológico de agentes da tinea capitis em um centro de referência no Rio de Janeiro.

Foram avaliados todos os exames micológicos realizados nos pacientes com suspeita de tinea capitis, no período de 05/09/2019 a 05/09/2023 em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, através de arquivos de prontuários digitais. No período estudado, foram selecionados pacientes menores de 18 anos com diagnóstico de tinea capitis confirmado através do isolamento em cultura de dermatófito a partir de raspado cutâneo do couro cabeludo e exame da haste capilar. Foram avaliadas as seguintes variáveis clínicas e epidemiológicas: gênero, idade, manifestação clínica, comorbidades, dados sobre contactantes e tratamento instituído. Além disso, foram consideradas as seguintes variáveis laboratoriais: exame micológico direto, macro e micromorfologia da cultura para fungos. A identificação das espécies de dermatófitos foi feita através das características macro e micromorfológicas.

Dentre um total de 122 exames micológicos realizados no período estudado, foram encontrados 45 pacientes com diagnóstico confirmado de tinea capitis, 3 foram excluídos por serem adultos, totalizando 42 pacientes estudados. Destes, 34 do gênero masculino, idade média de 8,5 anos. A manifestação clínica mais comum foi múltiplas placas em 27 pacientes, 15 lesão única e

7 Kerion celsi. Comorbidades foram observadas em 13 pacientes, sendo rinite a mais prevalente. Associação do início da lesão após ter cortado o cabelo no barbeiro foi relatado por 6 pacientes e 3 tinham irmãos com a mesma clínica. O exame micológico direto foi positivo em 36 pacientes, destes, 19 com parasitismo ectoendotrix e 17 endotrix. Das culturas positivas, 16 foram *Microsporum audouinii*, 17 *Trichophyton tonsurans*, 3 *Microsporum canis*, 3 *Nannizzia Gypsea*, um *Trichophyton rubrum*, um *Trichophyton mentagrophytes* e um *Trichophyton sp.* Observamos que no ano de 2019, o agente mais prevalente era o *T. tonsurans* (5 casos) e apenas um caso causado por *M. audouinii*. Em 2023, o *M. audouinii* foi o mais prevalente (6 casos) seguido pelo *T. tonsurans* (2 casos). O *T. tonsurans* foi o responsável pela maioria dos casos de Kerion celsi. O tratamento oral foi prescrito para 29 pacientes, 25 usaram terbinafina, dois griseofulvina, um fluconazol e outro itraconazol. A média de tratamento oral com terbinafina e griseofulvina foi de 4 a 8 semanas.

O *M. audouinii* deve ser considerado em pacientes com tinea capitis, uma vez que foi evidenciado o aumento da sua prevalência nos últimos anos, a fim de ter uma vigilância nas escolas e contatos familiares e tratamento antifúngico adequado para conter a disseminação do fungo, já que é antropofílico.

**Palavras Chaves:** CRIANÇA, MICROSPORUM AUDUINII, TINEA CAPITIS

## Dermatologia

### PARACOCCIDIOIDOMICOSE: UM DIAGNÓSTICO A SER LEMBRADO

**PRISCILLA FILIPPO ALVIM DE MINAS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), VIVIAN FICHMAN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), FELIPE TAVARES RODRIGUES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), FELLIPE SEPULVEDA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), DENISE CARDOSO DAS NEVES SZTAJNBOK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), DANIEL SILVA CARVALHO CURI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), JULIA VICENTE RENTE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), HENRIQUE CESAR CHAVES D'ABREU (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), ALEXANDRE CARLOS GRIPP (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)**

A paracoccidiodomicose (PCM) é restrita à América Latina e representa a micose sistêmica endêmica mais importante nessa região.

Avaliar os casos de Paracoccidiodomicose em crianças e adolescentes em um Hospital Universitário no período de 2019 a 2023.

Revisão de prontuários eletrônicos de pacientes menores de 18 anos com diagnóstico de paracoccidiodomicose confirmado por isolamento do fungo em cultura, atendidos no período de 05/09/2019 a 05/09/2023, em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, gênero, procedência, manifestação clínica, necessidade de internação, tempo de internação, tratamentos anteriores, tratamento instituído com o diagnóstico e desfecho.

Sete pacientes tiveram o diagnóstico confirmado de PCM no período estudado, sendo três adolescentes. A idade dos adolescentes variou de 13 a 17 anos. Dos adolescentes infectados,

dois eram do gênero masculino. Todos provenientes de área rural, HIV negativos, apresentaram a forma aguda-subaguda, com alteração do estado nutricional. Uma paciente apresentou lesão na mucosa oral, lesões ósseas líticas, nódulos pulmonares, derrame pleural e hepatoesplenomegalia. Um paciente apresentou esplenomegalia. Todos evoluíram com abscesso fistulizado na região cervical e linfonomegalia generalizada. Os três pacientes foram internados e o tempo de internação variou de 9 a 25 dias. Todos os pacientes foram medicados com pelo menos três antimicrobianos antes do diagnóstico de PCM e o tempo do início dos sintomas até o diagnóstico foi maior que quatro meses. O exame micológico e a cultura foram realizados, dois através de exsudato da lesão cutânea e um através de biópsia de linfonodo cervical com resultado positivo para *Paracoccidioides sp.* Um paciente foi tratado somente com Itraconazol e dois com anfotericina B, seguidos de itraconazol. Um dos pacientes perdeu o acompanhamento e dois mantêm consultas ambulatoriais.

A paracoccidiodomicose deve ser lembrada em crianças e adolescentes com linfonomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia e lesões cutâneas. A forma mais comum é a forma crônica do adulto, mas vem ocorrendo aumento de incidência de casos da forma juvenil/ aguda no Rio de Janeiro. Infecção pelo HIV e outros diagnósticos diferenciais como esporotricose, leishmaniose, Histoplasmose, tuberculose ganglionar e linfoma de Hodgkin devem ser afastados. Nos três casos avaliados, paracoccidiodomicose não foi considerada como hipótese diagnóstica inicial e os pacientes foram tratados com antibióticos antes da terapia específica. O diagnóstico precoce é importante para o tratamento adequado e melhor prognóstico.

**Palavras Chaves:** CRIANÇA, ADOLESCENTE, PARACOCCIDIOIDOMICOSE

## Dermatologia

### DERMATITE ATÓPICA: A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS - UM RELATO DE CASO

**ESTHER GOMES (UNIVERSIDADE IGUAÇU), LETÍCIA MEDEIROS (UNIVERSIDADE IGUAÇU), JULIA SOARES (UNIVERSIDADE IGUAÇU), ANA DE PAIVA (MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES), RENATA MAYHÉ (MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES)**

A dermatite atópica (DA) é a principal causa de eczema na infância sendo o diagnóstico e tratamento precoces essenciais para evitar complicações. É uma doença cutânea inflamatória crônica e de etiologia multifatorial, que se manifesta com prurido e xerose, podendo evoluir para liquenificação. Tem alta prevalência na infância, onde 45% dos casos surgem durante os primeiros 6 meses, em 60% durante o primeiro ano de vida.

Dentre seus diagnósticos diferenciais, está a escabiose, por ter tanto a característica pruriginosa quanto às lesões cutâneas decorrentes deste prurido. É relevante na infância, porém, tem etiologia infecciosa e transmissão por contato direto. Cursa com pápulas eritematosas e pruriginosas, localizadas principalmente nas regiões interdigitais, punhos, axilas e periumbilical.

Diante disso, faz-se necessário atentar-se para ambas as patologias, principalmente em lactentes, visto semelhanças na

queixa. Este trabalho tem como objetivo descrever um relato de caso ocorrido na UBS em Nova Iguaçu.

Lactente, 1 ano, chegou à UBS após atendimento prévio em emergência, diagnosticado com escabiose. Foi prescrito cefalexina e banho com sabonete de enxofre. Mãe suspende antibiótico, e por conta própria, inicia banho de imersão em solução de permanganato de potássio, com piora progressiva do quadro. Ao exame, paciente irritado, com lesões eczematosas concentradas em região de face, fossas cubitais, coxa e infraglutéas, áreas de crostas melicéricas e escoriações. Mãe nega outros familiares com mesmo sintoma. Foi proposto então a suspensão imediata do tratamento prévio, início de Cefalexina 50.000 UI/kg por 7 dias, prednisolona 1mg/kg por 5 dias associado a inibidor de calcineurina tópica 2 vezes/dia por 7 dias, inclusão de sabonete tipo syndet e hidratação diária com produto específico para DA mudança de medidas comportamentais. Retorna à unidade em 7 dias apresentando melhora significativa.

O espectro clínico amplo da DA pode levar a diagnóstico e tratamento errôneo com frequência. Suas características, incluindo idade de início, distribuição, prurido intenso, xerose, liquenificação<sup>807,771,0</sup> e associação com atopia, podem ajudar a distingui-la dos demais diagnósticos. O paciente está na faixa etária de maior prevalência de início, com apresentação clínica típica, classificando-se como dermatite do lactente, onde início das lesões ocorrem entre 0-2 anos. O prurido leva a ocorrência de infecções secundárias (*S. aureus*). O uso de produtos irritantes utilizados comprometeu a barreira cutânea e foram agravantes na evolução do quadro. A utilização de medicamentos para controle da infecção secundária e inflamação, bem como o uso de produtos específicos para a pele atópica foram fundamentais na resposta. Devido a grande quantidade de lesões optou-se por uso de medicamento tópico análogo ao corticoide tópico a fim de evitar absorção sistêmica.

A compreensão da abordagem, manejo e tratamento da DA se faz necessário visto sua alta prevalência em crianças.

**Palavras Chaves:** DERMATITE ATÓPICA, ESCABIOSE, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Agradecimentos:** HOSPITAL MARIANA BULHÕES PORTER SIDO LOCAL DE CONEXÃO ENTRE AS AUTORAS PARA REALIZAÇÃO DO TRABALHO

## Dermatologia

### PITIRÍASE RUBRA PILAR NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

**ANDRÉIA LUÍSA DUARTE MARTINS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), PRISCILLA FILIPPO ALVIM DE MINAS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), LUNA AZULAY-ABULAFIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)**

A pitiríase rubra pilar (PRP) é uma doença rara. Foi descrita inicialmente por Claudius Tarral, em 1828 e nomeada por Besnier, em 1889. A doença é classificada em seis subtipos, sendo o tipo I o mais comum, enquanto o tipo III corresponde a 10% dos casos e acomete a faixa etária dos 5 aos 10 anos. Ambos possuem uma apresentação clínica similar que inclui placas vermelho-alaranjadas com ilhas de pele sã, queratoderma palmo-plantar alaranjada e pápulas ceratóticas perifoliculares. Em sua maioria, é uma doença adquirida. Sua incidência

é baixa, e está presente igualmente entre os secos. No entanto, na infância, os pacientes masculinos costumam ser mais afetados.

Relatar um caso de PRP na infância da forma típica juvenil.

Paciente do gênero feminino, 7 anos, natural do RJ, Fitzpatrick III. A responsável pela paciente refere o aparecimento de placas ceratóticas com fissuras nas palmas e plantas há 9 meses. Após um trauma emocional, houve um agravamento do quadro e o surgimento de máculas hipocrômicas nos MMSS, MMII e abdome. Negava história de asma, rinite e dermatite atópica. Ao exame físico apresentava máculas hipocrômicas nos MMSS, MMII, mácula hipocrômica central com elevação de eritema periférico associado a descamação na coxa esquerda e membro superior esquerdo. Sem alterações no couro cabeludo. Ceratose palmar e plantar com presença de fissuras bilateralmente. Foi realizado um exame micológico direto com raspado da coxa direita e cultura para fungos, ambos negativos. A partir da hipótese clínica, o diagnóstico foi confirmado pela histopatologia. A paciente foi orientada a usar betametasona associada a ácido salicílico nas palmas e plantas bem como a aplicação de emolientes topicamente. Posteriormente, foi associado ao tratamento acitretina 10mg/dia. Segue em tratamento com acitretina 10mg/dia alternando com 20mg/dia, obtendo melhora clínica e sem efeitos adversos.

A paciente apresentou alterações sugestivas de PRP tipo II (típica juvenil). A análise histopatológica é interessante para a confirmação da hipótese, pois outros diagnósticos diferenciais devem ser afastados como a psoríase. Considerando a raridade da doença e o pouco conhecimento da sua etiopatogenia não existe terapêutica bem estabelecida. Porém, os retinóides orais costumam apresentar melhora clínica, como na paciente.

Nesse relato de caso, a paciente obteve melhora clínica importante, permitindo a manutenção da sua qualidade de vida e impedindo a evolução para possíveis complicações clínicas futuras, tais como ceratoderma palmoplantar dolorosa e desabilitante, distrofia ungueal e onicoptose ou eritrodermia.

**Palavras Chaves:** PITIRÍASE RUBRA PILAR, INFÂNCIA, QUALIDADE DE VIDA

## Dermatologia

### DERMATOSE POR IGA LINEAR: RELATO DE CASO

**PRISCILLA FILIPPO ALVIM DE MINAS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), ANDREA LUÍSA DUARTE MARTINS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), DANIEL CUNHA ARAÚJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), MARCELO ZUNIGA (INSTITUTO DE DERMATOLOGIA PROFESSOR RUBEM DAVID AZULAY), THIAGO JEUNON (ID - INVESTIGAÇÃO EM DERMATOLOGIA), LEONARDO QUINTELLA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO), LUNA AZULAY-ABULAFIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)**

A dermatose por IgA linear é uma dermatose imunobolhosa rara, adquirida, que se diferencia do penfigóide bolhoso e da dermatite herpetiforme por depósitos lineares de IgA na zona da membrana basal. A incidência estimada varia de 0,2 a 2,3 por 1.000.000 por ano. Não há predominância de gênero ou etnia. Pode acometer adultos e crianças. O diagnóstico é confirmado através da biópsia cutânea e imunofluorescência direta. O tratamento é feito com dapsona.

Relatar um caso de dermatose por IgA linear na infância.

Paciente feminina, aos 2 anos após infecção das vias aéreas superiores iniciou lesões vesicobolhosas associadas a um prurido leve, inicialmente nos pés e membros inferiores, que evoluíram progressivamente para os membros superiores, tronco e face. A distribuição era não simétrica. Apresentava agrupamento anular das bolhas formando a configuração de 'colar de pérolas'. Não apresentava acometimento das mucosas. Negava febre, perda ponderal e outros sintomas. Foi submetida a biópsia de pele e a histopatologia evidenciou bulose autoimune subepidérmica com neutrófilos e ocasionais eosinófilos. Foi iniciada prednisolona 1mg/Kg/dia por 14 dias e dapsona na dose de 0,5mg/Kg/dia. Atualmente, aos 4 anos, mantém a dapsona com poucas lesões nos membros superiores e inferiores e máculas hipocrômicas pós inflamatórias nos MMII.

A dermatose por IgA linear, também conhecida como doença bolhosa crônica da infância, geralmente tem início aos 4-5 anos de idade e raramente persiste após a puberdade. No caso relatado, a idade foi menor. A paciente apresentou infecção do trato respiratório superior previamente ao quadro cutâneo, o que já foi descrito na literatura. Em crianças, é mais frequentemente idiopática, mas foram relatados casos induzidos por medicamentação, traumas cutâneos e malignidades. Na forma adulta da doença, a etiologia induzida por medicamentos deve ser considerada. Cerca de 50% dos casos apresenta acometimento das mucosas, no caso relatado não houve.

A principal etiologia subjacente da dermatose bolhosa IgA linear são os anticorpos IgA antizona da membrana basal circulantes direcionados contra a porção de 97 KDa do BPAG2 (antígeno penfigóide bolhoso 2) na lâmina lúcida. Existem várias teorias sobre possíveis fatores causais na produção dos anticorpos IgA agressores e incluem etiologias infecciosas, doenças autoimunes, indução secundária a malignidade ou doenças gastrointestinais.

Outras dermatoses devem ser afastadas, tais como, impetigo bolhoso, infecção pelo vírus herpes simplex, dermatite herpetiforme, epidermólise bolhosa, entre outras.

O diagnóstico das dermatoses bolhosas é um desafio e o pediatra deve estar atento para encaminhar ao dermatologista para o diagnóstico e terapêutica adequada.

**Palavras Chaves:** DERMATOSE POR IGA LINEAR. CRIANÇA.

## Dermatologia

### SÍNDROME DE STURGE-WEBER: RELATO DE CASO

**RENATA BARREIROS DE LACERDA SIQUEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), MANOELA DE ALMEIDA SERRA FARIA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), MARIA CAROLINE LOPES ROQUE (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), KAMILLA FERREIRA GUIMARÃES (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), MARIANNE QUINTAS RABELLO MORAES (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), IZABEL KANAAN (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ANA MARIA MOSCA DE CERQUEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), PRISCILLA FILIPPO ALVIM DE MINAS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)**

A síndrome de Sturge-Weber é uma síndrome neurocutânea rara, com prevalência de 1:50.000 pessoas. Não há predileção por raça ou

sexo. É caracterizada pela presença de mancha vinho do porto facial, em associação à malformação vascular das leptomeninges e ocular. Os principais sintomas extracutâneos são epilepsia, hemiplegia, retardo mental e glaucoma. O diagnóstico é clínico e o tratamento sintomático.

Relatar um caso de síndrome de Sturge-Weber.

Relato de caso: Paciente feminina, 12 anos, nasceu com mancha vinho do porto hemifacial, incluindo a região superior da face, a região malar e mediana. Aos 3 meses apresentou, inicialmente, crises convulsivas focais que posteriormente, tornaram-se generalizadas. Aos 2 anos foi avaliada pelo oftalmologista e diagnosticada com glaucoma e exoftalmia no olho direito. A ressonância e a angioressonância nuclear magnética do encéfalo evidenciaram angiomatose leptomeníngea na convexidade cerebral direita. Evoluiu com atraso no desenvolvimento, dificuldade de aprendizagem escolar e hemiplegia, com impacto negativo na qualidade de vida da paciente e dos familiares. Nos últimos meses apresentou tricotilomania e dermatilomania. Atualmente está em uso de fenobarbital 100mg/dia, clobazam 200mg/dia e topiramato 200mg/dia com controle das crises convulsivas. Está em acompanhamento multidisciplinar com psicóloga, neurologista, dermatologista e pediatra.

A paciente do caso relatado apresentou as características clínicas da síndrome de Sturge-Weber desde os primeiros meses de vida. O sintoma mais comum é a convulsão, que acomete 55 a 90% dos pacientes, sendo mais frequentemente do tipo focal, podendo tornar-se generalizada, como relatado no caso apresentado. As convulsões parecem ser um fator de risco para alterações emocionais e de comportamento. Além das convulsões, o atraso no desenvolvimento e a dificuldade escolar, são fatores que podem ter influenciado na tricotilomania e na dermatilomania, que a paciente apresentou. Nesta síndrome, o glaucoma pode estar presente desde o nascimento em 65% dos casos ou surgir posteriormente, com incidência de 30 a 70% dos casos e está associado a angiomatose. O diagnóstico desta malformação é clínico e não é necessário o exame histopatológico. O tratamento é sintomático. Quando indicado, pode ser usado o laser, se possível na infância, para obter melhores resultados.

Pacientes com a síndrome de Sturge-Weber devem ter acompanhamento multidisciplinar para o controle dos sintomas, melhor prognóstico e qualidade de vida.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME DE STURGE-WEBER, CONVULSÃO, MALFORMAÇÃO VASCULAR

## Dermatologia

### ROSÁCEA INFANTIL DE DIFÍCIL MANEJO: RELATO DE CASO

**FERNANDA JARDIM GUERRA (UNIGRANRIO), AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIGRANRIO), BRUNO EDUARDO NUNES (UNIGRANRIO)**

A rosácea é uma patologia inflamatória crônica que acomete principalmente a região central da face. Caracteriza-se por flushing facial, eritema intermitente, pápulas e pústulas com telangiectasias, espessamento da pele, cistos com hiperplasia sebácea, além de alterações oculares. Ocorre geralmente em adultos e raramente incide na população pediátrica, entretanto ambos os subtipos compartilhem as mesmas características clínicas.

Paciente do sexo feminino de 7 anos, história progressiva de rosácea infantil (RI), busca atendimento apresentando dermatite perioral, sem demais patologias associadas. Mãe relata que ao final de 2019 houve o aparecimento de duas lesões pruriginosas, com ardência em região supralabial, sendo iniciado tratamento com corticoide tópica, sem melhora e posterior aumento da extensão e diferenciação das lesões, com piora das lesões no andar inferior da face e região periorbitária. Ao exame físico: erupções cutâneas eritematosas com evolução de crescimento por contiguidade. Presença de pápulas, máculas eritematosas e pústulas em região malar bilateral. Configurando caso de RI do subtipo II, papulopustular. Iniciado terapêutica com Azitromicina oral, gel de limpeza e uso tópico de metronidazol 0,75%, havendo melhora parcial. A seguir, associado a ácido azelaico e hidrocortisona creme, além de compressas com camomila, apresentando melhora acentuada do quadro. Após um mês o tratamento foi trocado para manipulados, com sulfacetamida sódica a 10% + enxofre 5% + alfa bisabolol 0,5%. Além disso, metronidazol 0,75% e extrato de green tea 2% + alfa bisabolol 0,5%. Atualmente, paciente em remissão da doença com antibioticoterapia oral suspensa e tratamento de manutenção com ácido azelaico, gel de limpeza e filtro solar, apresentando ao exame dermatológico manchas hipercrômicas com pápulas eritemato-violáceas, predominante no dimídio esquerdo.

A RI papulopustular é possível de ser diferenciada da eritematosa pela presença do seu infiltrado mais intenso, envolvendo predominantemente a área préfolicular. Por não ser muito incidente, a RI é subjugada e seu diagnóstico assenta sobre a história clínica e exame físico. O tratamento baseia-se em fármacos tópicos, como metronidazol e ácido zelaico, antibioticoterapia como a azitromicina e se possível tratamento com laser ou luz intensa pulsada.

Fica evidente que a RI é uma condição inflamatória multifatorial, cuja etiopatologia ainda carece de maiores explicações. Ainda que não exista cura, é passível de controle a partir da terapêutica e medidas preventivas. Podemos verificar pelo relato de caso o quanto a RI é deletéria dermatologicamente e psicologicamente. Por ser rara, seu diagnóstico pode ser desafiante e seu prognóstico de difícil controle, apresentando a relevância do tema. Ademais, são necessários mais estudos para o desenvolvimento de protocolo terapêutico para a RI.

## Dermatologia

### LARVA MIGRANS CUTÂNEA EM LACTENTE: RELATO DE CASO

**BIANCA AMBROSIM LOUZADA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), JÚLIA DE VASCONCELLOS SALES PIZELLI (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), LAURA NAGEM JÚLIO PEREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), LÓRIS MAIA DA COSTA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), JÉSSICA BEATRICE KELIS TABACHI (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), ANA LAURA DE OLIVEIRA SOARES SCAL (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS)**

A larva migrans cutânea (LMC) ou bicho geográfico, é uma infecção causada, principalmente pelo *Ancylostoma braziliense*. Os agentes infestam o trato gastrointestinal dos hospedeiros definitivos, como cães e gatos, que ao defecarem na terra, eliminam os ovos. Esses eclodem e dão origem às larvas, causando uma contaminação

percutânea. Após a infecção, ocorrem pequenas lesões eritemopapulosas, que podem se transformar em lesões vesiculares eritematosas pruriginosas. O diagnóstico geralmente é clínico e o tratamento baseia-se na administração de anti-helmínticos e caso tenha infecção secundária, lançamos mão de antibióticos sistêmicos.

O objetivo do estudo é relatar a importância do exame clínico e da efetividade das trocas de informações entre as áreas da medicina, para facilitar o diagnóstico precoce.

Criança, sexo masculino, de 7 meses de idade, previamente saudável orientada para consulta externa de dermatologia pediátrica por ter lesões eritematopruriginosas em membro inferior direito, com cerca de um mês de evolução adquiridas durante estadia em Búzios - RJ.

De acordo com a mãe, as queixas de dor e prurido iniciaram-se dias após a viagem. Feito tratamento tópico contendo anti-inflamatório, antibacteriano, antimicótico e anti-histamínico oral. Como não houve melhora da sintomatologia, foi observada pelo Dermatologista em sua cidade natal que fez o diagnóstico de "dermatite atópica" e iniciou tratamento tópico com corticoide e loção hidratante. Novamente sem melhora clínica, a mãe optou por consultá-lo com Dermatologista Assistente em outra cidade.

Ao exame dermatológico o doente tinha múltiplas lesões eritematopapulares, serpiginosas, com bordos elevados localizadas em membro inferior direito.

O aspecto das lesões e a história da viagem recente permitiu o diagnóstico de Larva Migrans Cutânea. Foi instituído tratamento com Tiabendazol pomada 10-15% por 3 semanas e Albendazol 200mg por 3 dias. Constatou-se uma evolução favorável com melhora subjetiva em cerca de 48h e regressão completa das lesões uma semana depois.

A Larva Migrans Cutânea é uma dermatose auto-limitada e o trajeto de migração é marcado por uma lesão eritematosa, linear, serpiginosa e muito pruriginosa (principalmente durante a noite). Caso entre em contato com a circulação, pode desencadear a Síndrome de Loeffler que se descreve por febre, broncoespasmo, infiltrados pulmonares, eosinofilia, eritema polimorfo e urticária. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, mas há possibilidade de exames complementares como microscopia e biópsia da lesão em casos atípicos.

Essa dermatose pode se manifestar de diversas maneiras na pele, o que contribui para o atraso no diagnóstico da doença. Logo, esse relato de caso visa oferecer informações sobre uma doença endêmica e ressalta a importância do conhecimento da epidemiologia e do estudo dos diagnósticos diferenciais das lesões cutâneas eritemato-pruriginosas. Dessa forma, o tratamento é instituído precocemente e de maneira correta.

**Palavras Chaves:** LARVA MIGRANS CUTÂNEA, INFECÇÃO, LACTENTE.

## Dermatologia

### REVISÃO DE LITERATURA: O IMPACTO DA DERMATITE ATÓPICA NO NEURODESENVOLVIMENTO ESCOLAR

**ANTONIA FONTES MARIETTI (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ/IDOMED CITTÀ), AMANDA LIMA SOUZA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ/IDOMED CITTÀ), ANA CAROLINA LOUREIRO RODRIGUES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ/IDOMED**

## DERMATITE ATÓPICA GRAVE EM ADOLESCENTE E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA: RELATO DE CASO

**MARIA BEATRIZ TAVARES CAMACHO PEREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ISABELA TEIXEIRA BRAGANÇA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), MARIANA BRITO DUMAS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), CAROLINA PAIXÃO SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), IZABEL CRISTINA SOLIGO KANAAN (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ANA MARIA MÓSCA DE CERQUEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)**

A dermatite atópica (DA) é uma dermatose inflamatória, crônica e recidivante, caracterizada por prurido, xerodermia e eritema. Acomete principalmente as áreas de flexura dos braços, joelhos e pescoço. A etiologia é multifatorial com características genéticas, imunológicas e ambientais. Existe um grande impacto social, emocional e na qualidade de vida do paciente, além de um prejuízo financeiro sobre a família dos indivíduos. O diagnóstico precoce é importante a fim de indicar o tratamento mais adequado, que pode ser feito através de emolientes, anti-histamínicos, corticosteróides, imunossuppressores e imunobiológicos.

Adolescente, 14 anos, masculino, negro, natural do Rio de Janeiro. Portador de DA desde os 4 anos de idade, com piora há 1 ano, em uso de Metotrexato 15mg/semana há 6 meses, propionato de clobetasol e hidratante creme duas vezes ao dia. Relatou várias internações prévias, sendo a última em maio de 2023 por infecção secundária das lesões. Há 1 semana, após suspender a medicação por conta própria, iniciou febre diária e piora das lesões. Apresentava humor deprimido e absenteísmo escolar. Ao exame dermatológico, eritrodermia intensa, eczema, xerodermia, pústulas difusas, principalmente em membros superiores e inferiores, limitando extensão de cotovelos e joelhos, com edema, dor, febre e prurido associados. A classificação no escore de gravidade de dermatite atópica (SCORAD) foi de 81,5, sendo uma DA grave, e no índice de qualidade de vida (CDLQI) foi de 12, considerado uma menor qualidade de vida. No exame laboratorial, observou-se leucocitose, aumento de marcadores inflamatórios e hemocultura positiva para *Staphylococcus aureus*. Foram prescritos antibioticoterapia de amplo espectro, anti-histamínico oral e mantidas medicações de uso contínuo com melhora clínica e laboratorial. Paciente recebeu alta hospitalar em uso de metotrexato 15mg/semana e programado iniciar o Dupilumabe, mantendo seguimento ambulatorial multidisciplinar.

O paciente do caso apresentava SCORAD de 81,5, sendo classificado como DA grave. Assim, a história prévia de internações e recorrência das lesões, mostraram a baixa adesão ao tratamento, sendo este um dos principais motivos para a falha do controle dos sintomas. Além disso, foi evidente o impacto gerado no humor e qualidade de vida do paciente, visto que a doença compromete o estado emocional pelo constrangimento aparente das lesões. A DA é uma doença complexa que exige frequentemente tratamento multidisciplinar para eficácia na adesão ao plano terapêutico. A constatação da correlação entre a gravidade da doença e o comprometimento da qualidade de vida (como por exemplo, o absenteísmo escolar) mostrado neste estudo, evidencia a importância do estabelecimento de abordagens multidisciplinares

**CITTÀ), VANESSA FERREIRA FARIA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ/IDOMED CITTÀ), MANUELLA CARVALHO MACEDO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ/IDOMED CITTÀ), PAULA VICTORIA DA SILVA MENDES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ/IDOMED CITTÀ), TAMIRIS ROSA ROMER (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ/IDOMED CITTÀ)**

A dermatite atópica é uma doença inflamatória de fundo imunológico crônica da pele, que se apresenta por suas alterações cutâneas, no que diz respeito às alterações não cutâneas da dermatite atópica temos alterações do sono, prurido e estresse psicológico o que aumenta o risco para o surgimento de patologias do neurodesenvolvimento infantil como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).

As patologias de origem atópica são um grupo heterogêneo de doenças que surgem ao longo da infância e que muitas vezes persistem ao longo da vida, que compartilham as mesmas características imunológicas e que dentro desse grande grupo se incluem a asma brônquica, rinite alérgica e a dermatite atópica (DA) onde as mesmas são de alta prevalência na infância.

Apresentar o importante impacto da dermatite atópica no contexto do neurodesenvolvimento de crianças em idade escolar, sendo elas fortemente acometidas pelos efeitos deletérios da dermatite atópica.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura e foram investigados artigos científicos do período de 2015 a 2023. As bases de dados utilizadas foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed.

Os descritores pesquisados foram: "atopic dermatitis", "education", "neurodevelopment", "school", "children" e "ADHD". Foi realizado o cruzamento entre os descritores selecionados por meio do uso do conector and, que permitiu acesso a artigos que possuem interação entre os diferentes descritores.

Foram selecionados para análise artigos que tinham como o foco o efeito da dermatite atópica no neurodesenvolvimento de crianças. Os artigos deveriam estar na língua portuguesa ou inglesa e deveriam ser de acesso livre.

Segundo Xu et al, há uma importante relação entre a DA e TDAH em crianças. Essa associação já foi mostrada em inúmeros estudos transversais realizados em países como Alemanha, Estados Unidos, Taiwan e Coreia do Sul. O grau do TDAH se mostrou compatível com a gravidade da DA. Os distúrbios do sono são os principais fatores associados à relação da DA com o TDAH.

Um estudo da University of Pennsylvania concluiu que distúrbios do aprendizado são mais comuns em crianças que sofrem de DA e demonstrou que 10,4% das crianças com DA sofriam de algum distúrbio do aprendizado comparado a 6,4% das que não sofrem de DA (Wan et al 2020).

A análise demonstrou relação significativa entre dermatite atópica e os desafios do neurodesenvolvimento escolar sendo o distúrbio do sono um elo crucial entre eles. Portanto, compreender e abordar a dermatite atópica não somente como condição dermatológica mas também como um fator que influencia o neurodesenvolvimento é crucial para criar iniciativas mais eficazes na promoção do bem-estar global e do desenvolvimento educacional das crianças em idade escolar.

**Palavras Chaves:** DERMATITE ATÓPICA, NEURODESENVOLVIMENTO, TDAH

com o intuito de elaborar estratégias de tratamento e de promover o melhor controle da doença.

**Palavras Chaves:** DERMATITE ATÓPICA GRAVE, IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

**Agradecimentos:** À EQUIPE AMBULATORIAL DA DERMATOPEDIATRIA QUE NÃO MEDE ESFORÇOS DO CUIDADO INTEGRAL DOS PACIENTES.

## Dermatologia

### SÍNDROME DE KASABACH - MERRIT EM RECÉM-NASCIDO: RELATO DE CASO

MARIA BEATRIZ TAVARES CAMACHO PEREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ANA LETÍCIA FERNANDES COELHO DE OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), LILIA MAIA SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), CAROLINA PAIXÃO SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), IZABEL CRISTINA SOLIGO KANAAN (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ANA MARIA MÓSCA DE CERQUEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), FRANCY FRAUCHES AGUIAR PINTO (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), ISABELA TEIXEIRA BRAGANÇA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)

A Síndrome de Kasabach-Merrit (SKM) é uma síndrome rara, caracterizada pela presença de hemangioma associado à plaquetopenia grave, anemia hemolítica microangiopática e coagulopatia consumptiva. Cursa com elevada gravidade uma vez que pode ocorrer ativação e sequestro plaquetário, sangramento espontâneo, consumo de fatores de coagulação pela formação tumoral e óbito. O diagnóstico e tratamento, quando instituídos de maneira precoce, previnem a progressão para complicações, sendo imprescindível o reconhecimento, pelo médico, desta patologia.

Recém-nascida, 25 dias, feminina, branca, natural do Rio de Janeiro encaminhada ao ambulatório de dermatologia pediátrica de um Hospital Municipal, pois apresentava uma "lesão em face". Ao exame físico: criança hipocorada (4+/4+), anictérica, acianótica, hidratada, com hipoatividade ao estímulo. Apresentando em região frontal da face um hemangioma extenso e ptose palpebral. Solicitado exame laboratorial que evidenciou plaquetopenia (23.000/mm<sup>3</sup>), sendo aventada a hipótese de Síndrome de Kasabach-Merrit. Paciente foi internada e inicialmente tratada com corticoterapia (prednisona 2mg/Kg/dia) e transfusão sanguínea, havendo normalização da contagem das plaquetas (121.000/mm<sup>3</sup>). Realizada avaliação cardiológica, sem alterações estruturais no Ecocardiograma, e introduzido o propranolol oral na dose de 1 mg/kg/dia com aumento gradual da dose para 2mg/kg/dia. Também foi avaliada pela oftalmologia, pois apresentava acometimento ocular com ptose total e orientado uso de Timolol tópico 2 vezes ao dia. Recebeu alta hospitalar após 10 dias, em boas condições clínicas e laboratoriais, mantendo a mesma dose do propranolol e o acompanhamento ambulatorial multidisciplinar trimestral durante um ano. Durante este período, apresentou sinais de regressão do hemangioma, com áreas esbranquiçadas na região central.

A SKM é uma patologia rara, porém é associada ao tumor vascular mais prevalente na população pediátrica. O caso descrito demonstra a evolução de uma paciente em que foi feito diagnóstico e tratamento precocemente, o que auxiliou para a não evolução de quadros mais graves. Ainda que essa patologia necessite de estudos mais consistentes para confirmar sua etiologia e fisiopatogenia, uma vez que essa síndrome teve seu primeiro relato em 1940, é

importante o reconhecimento médico pois o desfecho é favorável quando diagnosticado e tratado precocemente.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME DE KASABACH-MERRITT, HEMANGIOMA.

**Agradecimentos:** À EQUIPE AMBULATORIAL DA DERMATOPEDIATRIA QUE NÃO MEDE ESFORÇOS DO CUIDADO INTEGRAL DOS PACIENTES.

## Cardiologia

### COARCTAÇÃO DA AORTA ASSOCIADA A COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR E HIPOPLASIA DO ARCO AÓRTICO

ALICE CELENTE DOS SANTOS (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ANDRÉ LUÍS MATTOS TEIXEIRA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ÁUREA A GRIPPA DE SOUZA (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), DANILO BARBOSA DE OLIVEIRA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ELIANE LUCAS (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ELIZABETH CRISTINA TAVARES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), FLÁVIA ALVES ALMEIDA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), LUCAS TORRES SCHWARZER (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), MIRLANE SANCHES SAMPAIO (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO)

A coarctação da aorta (CoA) representa 6-8% de todas as cardiopatias congênicas (CC) e ocorre em 0,3 por 1.000 nascidos vivos. Os neonatos com CoA grave podem ser completamente assintomáticos ao nascer, pois o canal arterial pode fornecer fluxo para a parte inferior do corpo. Aqueles que não são diagnosticados no pré-natal podem ser diagnosticados somente após constrição do canal arterial, quando apresentam sinais de insuficiência cardíaca e até choque cardiogênico. A CoA pode estar associada a outras CC como comunicação interventricular (CIV), obstruções do trato de saída do ventrículo esquerdo como a estenose valvar aórtica, hipoplasia do arco aórtico (HAA), valva aórtica bicúspide e transposição dos grandes artérias.

RN nascido de parto vaginal, a termo, Apgar 8/8, peso de 3220g, sem intercorrências, com alta hospitalar em 48 horas pós-parto e com registro de teste de oximetria normal. Com 2 semanas de vida, durante internação na UTI Neonatal devido à Bronquiolite Viral Aguda, foi realizado Ecocardiograma com diagnóstico de CoA, CIV moderada a ampla e hipoplasia do arco aórtico. Realizado tratamento do quadro pulmonar com melhora do padrão respiratório, apresentando, então, ao exame físico: bom estado geral, taquicárdico (149 bpm), eupneico (38 irpm), saturação de O<sub>2</sub> 98%, pulsos radiais palpáveis e pulsos femorais filiformes, à ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas com sopro sistólico panfocal 5+/6+, ictus cordis visualizado em rebordo costal esquerdo, propulsivo, e à palpação abdominal: fígado palpável a 2 cm de rebordo costal direito, com borda romba, indolor. Após estabilização clínica cardiológica, foi encaminhado ao Hospital de referência para Cirurgia Cardíaca Pediátrica. Realizada cirurgia cardíaca, mantido tratamento clínico e acompanhamento especializado.

A CoA é definida como estreitamento congênito da aorta, principalmente da região ístmica, próximo ao canal arterial. Pode se manifestar como estenose localizada ou hipoplasia tubular longa do arco aórtico transverso. A CoA combinada com HAA é uma anomalia cardíaca grave que deve ser tratada precocemente para melhorar a sobrevida dos pacientes. As manifestações clínicas



iniciais de insuficiência cardíaca são tratadas com diuréticos e vasodilatadores e logo encaminhados para tratamento cirúrgico. As técnicas cirúrgicas comumente usadas incluem aortoplastia patch e anastomose término-terminal e associa-se a bandagem da artéria pulmonar (BAP) nos casos quando associados ao grande hiperfluxo pulmonar devido à presença de CIV. Nos casos de lactentes e crianças pequenas com ampla CIV associada é feita a septoplastia em um momento posterior. No caso descrito, devido a presença de ICC descompensada foi feita a aortoplastia e a BAP (cirurgia paliativa) e será encaminhado após 6 a 8 meses para o fechamento da CIV.

Os autores descrevem a importância do diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico nesta associação da CoA, CIV e hipoplasia do arco aórtico.

**Palavras Chaves:** COARCTAÇÃO DA AORTA, CARDIOPATIA CONGÊNITA

## Cardiologia

### INTERRUPÇÃO DO SEGMENTO HEPÁTICO DA VEIA CAVA INFERIOR ASSOCIADA A VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE

**ALICE CELENTE DOS SANTOS (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ANDRÉ LUÍS MATTOS TEIXEIRA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ELIANE LUCAS (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ELIZABETH CRISTINA TAVARES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), LUCAS TORRES SCHWARZER (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), MIRLANE SANCHES SAMPAIO (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO)**

A interrupção da veia cava inferior (VCI) é uma rara anomalia congênita, na qual a VCI é interrompida abaixo da veia hepática e o retorno venoso a partir deste ponto segue pelas veias ázigos (VAz) e hemiázigos, drenando assim para a veia cava superior (VCS). Pode estar associada a cardiopatias congênitas (CC) e também com má posição visceral - isomerismo esquerdo. Este é um relato de caso de interrupção da VCI com continuação pela VAz por ausência do segmento hepático da VCI, associada a válvula aórtica bicúspide.

Lactente de 4 meses, com histórico de pré-natal sem intercorrências, porém o exame de ecocardiografia fetal mostrava interrupção da porção hepática da VCI e drenagem venosa sistêmica realizada através da VAz para a VCS. Nascido de parto cesáreo, sem intercorrências, e logo após foi realizado ecocardiograma que confirmou o diagnóstico e também foi identificada válvula aórtica bicúspide normofuncionante. Atualmente estável, eupneico, acianótico, com peso 5150g, saturação 99%, eucárdico e eupneico, ausculta cardiovascular sem sopros, pulsos periféricos presentes e simétricos. A radiografia de tórax mostra índice cardiotorácico e fluxo pulmonar normais, com a visualização da disposição de fígado central. A ultrassonografia (USG) abdominal identificou poliesplenia: 3 baços em localização habitual, sendo o principal com 2,12 cm (pequeno para a idade). Os achados sugeriram o diagnóstico de isomerismo tipo esquerdo associada a CC hemodinamicamente estável.

A variação morfológica de interrupção da porção hepática da VCI é causada pelo desenvolvimento embriológico anormal e geralmente são assintomáticas. De acordo com a literatura, a

incidência é de 0,6 a 2,0% nos portadores de CC e menos de 0,3% sem CC. Embora às vezes ocorra como uma entidade isolada, é mais frequentemente associada à CC e anomalias situs - isomerismo esquerdo. Os sintomas e o prognóstico estão relacionados à CC associada, quando presente. Esse achado também pode ter um impacto nos procedimentos intervencionistas (cateterismos cardíacos, bypass) e nos procedimentos cirúrgicos (cirurgia cardíaca, esofagectomia, transplante de fígado). Podemos ter associação a CC complexas como o defeito atrio-ventricular, drenagem anômala das veias pulmonares, ou menos complexas como a comunicação interatrial ou válvula aórtica bicúspide, como o caso descrito. A poliesplenia e fígado central podem estar presentes nos casos de isomerismo esquerdo, podendo ser identificadas através do radiografia, USG ou tomografia.

Os autores descrevem este caso raro com diagnóstico feito na vida fetal e confirmado logo após o nascimento. Esta anomalia em associação com CC estável pode passar despercebida, portanto a investigação ecocardiográfica teve um papel significativo para o diagnóstico.

**Palavras Chaves:** INTERRUPÇÃO DA VEIA CAVA INFERIOR, VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE

## Cardiologia

### TRANSPOSIÇÃO DAS GRANDES ARTÉRIAS EM ASSOCIAÇÃO COM DIABETES MELLITUS

**ALICE CELENTE DOS SANTOS (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ANDRÉ LUÍS MATTOS TEIXEIRA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ELIANE LUCAS (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), ELIZABETH CRISTINA TAVARES (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), LUCAS TORRES SCHWARZER (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), MIRLANE SANCHES SAMPAIO (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO), THÁISSA CASAGRANDE DE MESQUITA (HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO)**

A transposição das grandes artérias (TGA) é uma cardiopatia congênita (CC) cianótica, com a incidência de aproximadamente 5 a 8% de todas as CC. A TGA é caracterizada por discordância ventrículo-arterial, onde o ventrículo esquerdo está ligado à artéria pulmonar e o ventrículo direito está ligado à aorta. A sobrevivência destes casos é altamente dependente do diagnóstico rápido para realização de intervenção precoce, visto que se não tratada pode evoluir para o óbito. Observamos a associação com diabetes mellitus materno (DM) em aproximadamente 20 a 25% dos casos.

Recém nascido (RN) prematuro nascido de parto cesáreo, sexo masculino, com Apgar 6 no 1º minuto e 8 no 5º minuto, 35 semanas (Capurro) e peso de nascimento 3015 g (adequado para idade gestacional). História materna de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, com ultrassonografia (US) mortofógica normal, porém não realizou ecocardiografia fetal. Observou-se nas primeiras horas de vida cianose central e desconforto respiratório, sendo encaminhada para UTI e iniciada prostaglandina. Ao exame apresentava fácies síndrômica, fontanelas amplas, macroglossia e prega palmar única. ACV: pulsos periféricos palpáveis, sopro sistólico 3+/6+ BEE e SAT O2 83,3%. O ecocardiograma realizado no 3º dia de vida identificou uma TGA associada a comunicação

interventricular (CIV), estenose valvar pulmonar leve (gradiente de 40 mmHg) e uma acentuada hipertrofia do septo interventricular (8mm). A radiografia de tórax mostrou a cardiomegalia com pedículo vascular estreito, e o eletrocardiograma ritmo sinusal, eixo QRS 120° com sobrecarga do ventrículo direito. Após a confirmação diagnóstica foi encaminhado para cirurgia de Jatene.

A TGA é uma das CC cianóticas mais comuns no período neonatal. A aorta e o tronco da artéria pulmonar estão anormalmente conectadas aos ventrículos direito e esquerdo, respectivamente. Isso produz uma circulação incompatível com a vida, levando à hipóxia e à morte. É importante ressaltar que a TGA geralmente não está associada às síndromes genéticas, como a de Down, Turner, Noonan, Williams ou Marfan. Classifica-se em 2 formas de apresentações: TGA simples ou TGA complexa, esta se associa a outros defeitos como CIV, obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo ou coarctação da aorta. O DM é um fator de risco conhecido para CC e a literatura mostra que a TGA é identificada cerca de 2 vezes mais em gestantes com DM. No caso acima, a TGA também estava associada à hipertrofia do SIV - comum nas gestações complicadas pelo DM. O diagnóstico pré-natal de uma TGA pode ser possível através da ecocardiografia fetal, pois analisa os planos de conexão das vias de saída dos ventrículos - que nesta patologia estão em paralelo e discordantes.

Os autores ressaltam a importância da realização da ecocardiografia fetal em gestantes com DM devido à maior incidência de CC, em especial a TGA.

**Palavras Chaves:** TRANSPOSIÇÃO DAS GRANDES ARTÉRIAS, CARDIOPATIA CONGÊNITA

## Pneumologia

### DOR ABDOMINAL NA PEDIATRIA: O DESAFIO DO SIGNIFICADO DO NÃO ÓBVIO.

**AMANDA MAGRI FREIRE (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

A dor abdominal está entre as principais causas de procura médica emergencial na população infantil. Pode ser classificada em visceral, somatoparietal ou referida. A dor pode se originar de órgãos intra-abdominais, estruturas que circundam a área ou estão fora do abdome. É fundamental que o medico assistente esteja alerta e atualizado para o diagnóstico das causas menos habituais da dor abdominal para instituição precoce do tratamento específico.

Paciente do sexo masculino, 4 anos, com relato materno de dor abdominal há 5 dias e febre aferida de 38°C. Nega quadro diarreico, náuseas e vômitos, ou qualquer outro sintoma. Após 48h sem melhora procura emergência aonde recebeu o diagnóstico de gastroenterite viral, medicado com sintomáticos. A dor abdominal não cessou e, associou-se coriza hialina, tosse, e esforço respiratório, procurando novamente emergência. Radiografia de tórax, detecta pneumonia lobar extensa à direita e é indicada internação na Unidade Semi-intensiva pediátrica por queda do estado geral. Evoluiu com piora rápida e progressiva, necessitando

de oxigenoterapia e ventilação não invasiva, antibioticoterapia com cefepime e vancomicina Intravenosas e internação em Unidade Terapia Intensiva pediátrica. Durante tratamento de dez dias, paciente obteve boa evolução clínica, laboratorial e radiológica.

A dor abdominal está entre as principais causas de procura médica emergencial na população infantil. Pode ser classificada em visceral, somatoparietal ou referida. A dor pode se originar de órgãos intra-abdominais, estruturas que circundam a área ou estão fora do abdome. É fundamental que o medico assistente esteja alerta e atualizado para o diagnóstico das causas menos habituais da dor abdominal para instituição precoce do tratamento específico.

Diante de um quadro de dor abdominal, estar sempre alerta para diagnósticos menos óbvios e valorizar a anamnese e exame físico minucioso para evitar o retardo diagnóstico e potencial gravidade e até mesmo risco de vida.

**Palavras Chaves:** DOR REFERIDA, PNEUMONIA LOBAR, PEDIATRIA

## Pneumologia

### PNEUMONIA LOBAR COMPLICADA, UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM TUBERCULOSE NO ADOLESCENTE: RELATO DE CASO.

**GILVAN PIRES DE CASTRO JÚNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), ANA CAROLINE RODRIGUES COUTO MORENO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), ANA CAROLINA RABELO DA SILVA MAZZOLI (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), BÁRBARA DE SOUZA MARTINS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), DHYOGO PEREIRA SINIONATO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), PEDRO HENRIQUE ALVES ZANIBONI GUZZO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), INÊS NICOLOSO DE CASTRO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), PALOMA FERNANDES COELHO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)/HMMC), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

A pneumonia pode ser causada na maioria das vezes por bactérias e vírus podendo ser intersticiais, broncopneumonias, pneumonia miliar e pneumonias lobares. A etiologia bacteriana prevalente é Streptococcus pneumoniae. Possuem como complicação mais frequente o derrame pleural parapneumônico, porém pode evoluir com empiema, necrose e abscessos pulmonares, fístulas traqueobronquicas e pneumotórax. Diante das pneumonias adquiridas em comunidades complicadas (PACC), refratárias ao tratamento, faz-se imprescindível buscar diagnósticos diferenciais A tuberculose pulmonar deve ser sempre lembrada nessas situações.

Masculino, 15 anos, não tabagista, procurou Unidade Pronto Atendimento (UPA) apresentando febre (39°C), dor torácica ventilatório-dependente, astenia, emagrecimento(IIMC 16),

taquidispneico, apresentando tosse seca nos últimos 21 dias, que evoluiu para produtiva amarelada nas últimas duas semanas. Internado evoluiu com sudorese intensa noturna. Ausculta pulmonar apresentava murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito, broncofonia no terço médio do hemitórax direito. Relato do avô com diagnóstico de tuberculose tratada há 2 anos. Teste rápido molecular e de duas baciloscopias (BAAR), foram negativos. Sorologias para HIV, hepatite B e C, todas negativas. Após a troca de ceftriaxona e macrolídeo IV por cefepime e vancomicina, para cobrir MRSA e *S.aureus* hospitalar houve melhora clínica e laboratorial porém com piora radiológica detectada em exames seriados de imagem: radiografias, Ultrassonografia tórax, Tomografia Computadorizada (TC) de tórax. Evidenciou-se: derrame pleural à esquerda, com áreas de consolidação nos lobos inferiores, maior no lobo inferior esquerdo. Extensas áreas com atenuação em vidro fosco em todo o pulmão direito, opacidades de aspecto fibroatelectásicas na base pulmonar direita e ausência de linfonodomegalias mediastinais. Foi solicitado teste de liberação de interferon-gama (IGRA) pela possibilidade de TB paucibacilar. Não houve crescimento em nenhuma hemocultura. Após 14 de antibioticoterapia venosa e função hepática alterada foi suspensa vancomicina e mantido cefepime até completar 21 dias. Alta D21 com acompanhamento ambulatorial, encaminhado para fisioterapia e pneumologia ainda aguardando resultado do IGRA.

A tuberculose como diagnóstico deve ser cogitada frente as pneumonias lobares complicadas, sobretudo em pacientes pediátricos que apresentem história epidemiológica, fatores de riscos sociais e sintomas compatíveis.

O desafio diagnóstico das PACC é agravado pela demora de exames laboratoriais específicos particularmente em saúde pública. O tratamento empírico ocorre para pneumonias bacterianas, contudo é importante afastar tuberculose definitivamente na faixa etária pediátrica quando há dissociação clínico-radiológica.

**Palavras Chaves:** PNEUMONIA ADQUIRIDA COMUNIDADE COMPLICADA, TUBERCULOSE,

## Pneumologia

### PLEURAL DIAGNÓSTICO DESAFIADOR NA EMERGÊNCIA

**DHYOGO PEREIRA SINIONATO (IDOMED), INÊS NICOLOSO DE CASTRO (IDOMED), THAISA SAMPAYO FERREIRA (FSM), JULIANA NOGUEIRA DA CUNHA (FSM), ISABEL GUERREIRO LIMA DE ALBUQUERQUE (FSM), MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA (FSM), JOÃO PEDRO SEQUIM CARNEIRO (FSM), PALOMA FERNANDES COELHO (IDOMED, HMMC), THAÍS COSTA ELMÔR E SILVA (HMMC), KÁTIA FARIAS E SILVA (FSM, HMMC)**

A pneumonia é definida como um inflamação do parênquima pulmonar e suas etiologias podem ser ou não de caráter infeccioso. A pneumonia infecciosa é a principal causa de morte em crianças. O derrame pleural parapneumônico (DPP) é uma das complicações da pneumonia no cenário pediátrico e está associado a gravidade respiratória e necessidade de internação prolongada, sendo observado em casos de tuberculose pulmonar e pleural.

Masculino, 15 anos, admitido em Hospital de Emergência com quadro de cefaléia, mialgia, sudorese noturna, febre vespertina e tosse produtiva. À tomografia computadorizada (TC) de tórax

evidenciou-se um volumoso derrame pleural e atelectasia compressiva do parênquima contralateral associado a desvio do mediastino. Durante o período de internação, foi realizada antibioticoterapia, toracocentese de alívio e análise do líquido pleural coletado. Apresentava adenosina deaminase (ADA) de 55,40 U/L, linfócitos 80%, neutrófilos 14%, monocitos de 6% e proteínas totais 5,2 g/dL e diagnóstico final de Derrame Pleural por Tuberculose após 28 dias do início dos sintomas. Alta hospitalar em DX, com encaminhamento para seguimento do tratamento com Rifampicina Isoniazida Pirazinamida e Etambutol (RIPE) na Clínica da Família.

Sabe-se que o DPP é uma complicação da pneumonia e pode estar associado a infecções bacteriana, viral, fúngica ou por tuberculose. Mediante a apresentação clínica do paciente, a toracocentese é indicada inicialmente com propósito diagnóstico. O DPP se apresenta como um exsudato de aspecto claro, não viscoso, com baixa celularidade, pH normal, baixo LDH, glicose, celularidade reduzida e cultura. Já o derrame por tuberculose tem uma relação de linfócito/neutrófilo > 0,75 e ADA maior que 40. O tratamento consiste em antibioticoterapia, visando abranger os agentes etiológicos mais prevalentes de acordo com a idade e o perfil epidemiológico.

O reconhecimento da pneumonia e do DPP através da história clínica, epidemiologia, e investigação complementar é de suma importância para o correto diagnóstico e tratamento precoce no paciente pediátrico com intuito de minimizar sequelas pulmonares.

**Palavras Chaves:** PNEUMONIA, DERRAME PLEURAL, DESAFIO, EMERGÊNCIA

## Pneumologia

### PNEUMONIA ASSOCIADA À DERRAME PLEURAL VOLUMOSO E PNEUMATOCELE EM PEDIATRIA: RELATO DE CASO

**LUCILA DOS PASSOS INÁCIO (UNIVERSIDADE IGUAÇU), LORENA DA SILVA PEREIRA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), FERNANDA CARILLO LIMA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), THAMMY DE LIMA BASTOS ROSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), RAISSA DE OLIVEIRA AMORIM (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), KAMILA CAMPOS CABRAL (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MAIARA SALES GABRIELI (UNIVERSIDADE IGUAÇU)**

A pneumonia complicada é definida como a pneumonia adquirida na comunidade que, apesar do uso de antibióticos tem uma evolução grave, evoluindo com complicações como: derrame parapneumônico, empiema pleural, pneumonia necrosante e abscesso pulmonar.

Criança, sexo masculino, 9 meses, foi admitido em enfermaria pediátrica com relato de febre e otalgia há 1 semana, evoluindo para desconforto respiratório há 4 dias.

Em ausculta de Aparelho respiratório foi observado murmúrio vesicular rude, diminuído em base de hemitórax esquerdo, estertores discretos e sibilos difusos, com taquipnéia leve com ausência de desconforto respiratório. A otoscopia foi evidenciado

membrana timpânica opaca à esquerda, e membrana direita perfurada e hiperemiada.

Devido ao desconforto respiratório associado a ausculta não condizente, foi solicitado tomografia de tórax, demonstrando presença de cavitações bilaterais em lobos inferiores, consolidação e derrame pleural moderado em hemitórax direito.

Foi realizado o diagnóstico de pneumonia adquirida em comunidade complicada com derrame pleural e pneumatocele, paciente foi internado e se instituiu tratamento com Ceftriaxona, Vancomicina e salbutamol.

Após piora do padrão respiratório foi realizado toracocentese e drenagem de tórax à esquerda, drenando um total de 160 ml em um período de 6 dias. Análise de líquido pleural sem alterações.

Após paciente permanecer seis dias com dreno de tórax o mesmo foi fechado por 72 horas e realizado novos exames de imagem, que se mantiveram sem piora, sendo, portanto, indicado a retirada de dreno de tórax e programação de alta após 28 dias de antibioticoterapia.

As infecções de vias respiratórias, em especial a pneumonia, estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade em pediatria. A manifestação mais comum da pneumonia complicada é o derrame pleural parapneumônico, a depender do quadro clínico e de sua extensão, poderá ser indicado a drenagem cirúrgica.

A pneumatocele são lesões cavitárias de paredes finas preenchidas por ar que se formam no parênquima pulmonar, sendo uma complicação incomum que acontece em consequência das pneumonias bacterianas graves.

O tratamento objetiva esterilizar e esvaziar o espaço pleural, permitindo drive respiratório, e inclui antibioticoterapia, drenagem pleural, toracoscopia com desbridamento e decorticac807,a771,o, a depender da fase que se encontra a doença.

Em suma, a pneumonia bacteriana possui grandes impactos na população pediátrica. Portanto, o seu rápido reconhecimento, identificação efetiva de complicações, realização de tratamento e seguimento corretos são necessários para evitar e diminuir uma das principais causa de morte infantil.

**Palavras Chaves:** PNEUMONIA, DERRAME PLEURAL, PNEUMATOCELE

## Pneumologia

### DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL, COMO COMPLICAÇÃO DE PNEUMONIA ATÍPICA: RELATO DE CASO

**FERNANDA ALCANTARA GANDRA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), LORENA DA SILVA PEREIRA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MARCO ANTÔNIO GOMES ANDRADE (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), JÉSSICA DE ABREU ARRUDA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ISABEL ZAGO VIEIRA LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), GUILHERME SOARES VELOSO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUCILA DOS PASSOS INÁCIO (UNIVERSIDADE IGUAÇU)**

Doença pulmonar intersticial é um termo usado para descrever uma série de diferentes distúrbios que afetam o espaço intersticial, resultando em acúmulo anormal de células inflamatórias no tecido pulmonar, podendo causar espessamento dos septos alveolares,

proliferação fibroblástica e deposição de colágeno, tendo como consequência a substituição de tecido pulmonar normal por tecido cicatricial.

Paciente JS, sexo masculino, 6 meses, chega ao pronto atendimento com relato de obstrução nasal, tosse produtiva e desconforto respiratório. Ao exame físico observou-se ausculta respiratória com murmúrio vesicular universalmente audíveis com sibilos e estertores difusos, frequência respiratória 59 rpm, tiragem subcostal e intercostal. Paciente havia sido posteriormente diagnosticado e tratado com Claritromicina para pneumonia adquirida na comunidade.

Realizando-se tomografia de tórax evidenciou padrão de vidro fosco, com faixas de atelectasia, aprisionamento aéreo e lesões cicatriciais.

Foi realizado o diagnóstico de Doença pulmonar intersticial, iniciado medidas de suporte e tratamento com cloridrato de hidroxizina, nebulização com dipropionato de beclometasona e sulfato de salbutamol, associado a fisioterapia, para alívio da tosse apresentada.

Após melhora clínica paciente foi encaminhado para realização de broncoscopia ambulatoriamente.

As doenças pulmonares intersticiais (DPI) formam um grupo variado de doenças definidas por inflamação do parênquima pulmonar e fibrose. Apenas cerca de 30% dos casos de DPI têm causa conhecida.

Os diferentes grupos podem ter os mesmos sintomas, no entanto, podem variar em gravidade. Dentre os sintomas estão tosse, dispneia, taquipneia, utilização de musculatura acessória na respiração, tiragem intercostal e subcostal, ruídos pulmonares anormais audíveis, como sibilos ou crepitações.

Orientados pela história e pelo exame físico, os exames a serem indicados, inicialmente, são aqueles não-invasivos incluindo avaliação cardiológica e exames de imagem. Sequencialmente serão indicados exames invasivos, como broncoscopia e biópsia.

O tratamento envolve medidas de suporte, terapia farmacológica, oxigenoterapia nos casos com hipoxemia. Outras medidas envolvem a prevenção das infecções com imunização ativa ou passiva contra vírus e bactérias. Se a causa for identificada, deve-se orientar quanto ao tratamento específico ou ao afastamento dos fatores desencadeantes.

Nesse sentido, apesar da raridade das doenças pulmonares intersticiais é essencial o seu conhecimento a fim de propiciar ao paciente adequado diagnóstico e tratamento melhorando, assim, sua qualidade de vida.

**Palavras Chaves:** PNEUMONIA ATÍPICA, FIBROSE,

## Pneumologia

### BRONQUIOLITE COMPLICADA COM PNEUMONIA EM LACTENTE

**RACHEL MARIA BASTOS SILVA (UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU-CAMPUS V), LIVIA LUIZA SANTOS GOUVEIA (UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU- CAMPUS V), GABRIEL FREITAS DE CARLI (UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU- CAMPUS V), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ),**

## DIAGNÓSTICO DE FIBROSE CÍSTICA EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO

LUÍSA SOUAMI BELFORD ROXO (UFRJ), GABRIELA ARAKAKI FARIA (UFRJ), ANTONIO FERREIRA PENA MACIEL (UFRJ), LUIZ HENRIQUE MATTOS DA SILVA SANTOS (UFRJ), RENATA ESCOSTEGUY MEDRONHO (UFRJ)

WELLINGTON LUIZ RODRIGUES MAGALHÃES (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), GISELA CARVALHO VELASCO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), KAMILA CAMPOS CABRAL (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)

A bronquiolite aguda é uma infecção respiratória aguda causada por vírus que ocorre nos 2 primeiros anos de vida. Dentre os sintomas, podemos citar congestão nasal e tosse, podendo evoluir com dificuldade respiratória, sendo necessária observação intra-hospitalar.<sup>1</sup>

A.S.O.G., sexo masculino, 7 meses, admitido na emergência pediátrica, para tratamento de Pneumonia. Iniciou quadro há 1 semana, com tosse persistente e desconforto respiratório com piora noturna, nebulizando com Beclometasona. Foi indicado tratamento hospitalar sob hipótese diagnóstica de Bronquiolite complicada com Pneumonia. A propedêutica pulmonar evidenciou murmúrio vesicular universalmente audível com presença de sibilos e estertores difusos associados a desconforto respiratório moderado. Foi encaminhado para observação, onde fez-se o resgate com salbutamol, solicitou-se a radiografia de tórax e exames laboratoriais. Os exames laboratoriais apresentaram leucócitos  $6.500/\text{mm}^3$ , proteína C reativa  $0,3\text{mg/dL}$ , creatinina de  $0,5\text{mg/dL}$  e uréia de  $23,7\text{mg/dL}$ . Gasometria evidenciou hipercalemia  $5,3\text{ mEq/L}$ , hiponatremia  $131\text{ mEq/L}$ . A investigação radiológica torácica demonstrou retificação de arcos costais. Realizada nova avaliação, com persistência de sibilos e estertores difusos na ausculta pulmonar. Foi encaminhado para internação em enfermaria, onde foram prescritos antibioticoterapia com amoxicilina via oral por 10 dias, prednisolona 7 dias, salbutamol 3 jatos de 2/2horas, nebulização com Beclometasona, lavagem nasal, vigilância e cuidados gerais. Após 10 dias de internação, clinicamente estável, recebeu alta com encaminhamento a pediatria ambulatorial.

A bronquiolite é definida por inflamação das vias respiratórias, aumento na produção de muco e necrose das células epiteliais das vias aéreas. O vírus respiratório sincicial (VSR) é responsável por até 75% dos casos e é transmitido por secreções nasais contaminadas. O VSR se replica no epitélio nasal causando destruição ciliar, desencadeando a resposta inflamatória e estreitamento do lúmen das vias aéreas.<sup>2</sup> Um estudo mostrou causas como permanência de internação na UTI por mais de sete dias, presença de dispneia acentuada na admissão e magreza.<sup>3</sup> O desencadeamento de processo inflamatório em regiões de pequeno calibre com formação de edema e acúmulo de secreções, podem evoluir e acometer alvéolos e interstícios, caracterizando o quadro de pneumonia por inflamação do parênquima pulmonar.<sup>3,4</sup> Também ocorre a formação de tampões decorrentes de restos celulares que favorecem o fechamento da luz brônquica. Tal característica impede as trocas gasosas de forma adequada, principalmente quando associada ao pulmão imaturo do lactente, que ainda não possui ventilação colateral nos alvéolos e apresenta maior complacência elástica.<sup>3,4</sup> Recomenda-se estratégias de prevenção da Bronquiolite e um maior conhecimento acerca de suas complicações, uma vez que não tratada, pode provocar desidratação, insuficiência respiratória e evoluir para pneumonias.

**Palavras Chaves:** BRONQUIOLITE, PNEUMONIA E INFECÇÃO RESPIRATÓRIA

**Agradecimentos:** AGRADEÇO A DRA. ANA PAULA E DRA. LORENA PELA OPORTUNIDADE E INCENTIVO!

A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva que afeta o gene regulador de condutância transmembrana da fibrose cística - CFTR - e a proteína CFTR produzida por ele. Essa proteína é um canal iônico transportador de cloreto e bicarbonato, que realiza a secreção desses íons nas mucosas do organismo. As alterações patológicas nesses canais tornam as secreções corporais mais espessas devido ao desbalanceamento iônico, formando placas grossas e aderentes em múltiplos órgãos, como pulmões, trato gastrointestinal e ductos pancreáticos. Isso provoca alterações como desnutrição, insuficiência pancreática, bronquiectasias e predispõe a infecções de repetição, sobretudo no trato respiratório. A doença integra a triagem conhecida popularmente como "Teste do Pezinho", e seu diagnóstico definitivo é feito pelo Teste do Suor ou por exames genéticos do gene CFTR.

Lactente de 17 meses, feminino, é atendida no setor de emergência por desconforto respiratório, broncoespasmo e desnutrição, com internação prévia por taquidispnéia, sibilância e pneumonia nos últimos meses. Sua história patológica pregressa inclui síndrome do intestino curto por atresia intestinal, com 2 cirurgias realizadas ainda no período neonatal para reconstrução do trato. Nessa internação, a paciente foi admitida na emergência com resposta parcial à terapia de resgate e ventilação não invasiva, sendo solicitada vaga na UTI.

A paciente evoluiu para insuficiência respiratória, sendo optado pela intubação orotraqueal. Na laringoscopia, foi visualizada grande quantidade de secreção espessa e amarelada pela via aérea, sendo constatada uma colonização por *Pseudomonas aeruginosa* com resistência intermediária a Cefepime. Houve piora ventilatória e dessaturação, além de um pneumotórax hipertensivo a esquerda evidenciado por Raio-X de tórax, sendo necessário drenagem. Paciente foi extubada 14 dias depois, ventilando espontaneamente em ar ambiente, mas ainda com desconforto respiratório.

Ao ser atendida pelo serviço de pneumologia pediátrica, a hipótese diagnóstica fora FC, confirmada a partir de um teste genético, que identificou duas variantes, em heterozigose, no gene CFTR. Paciente aguarda transferência para centro especializado para tratamento específico da doença.

A fibrose cística é uma doença genética autossômica recessiva com alto potencial de morbimortalidade na população pediátrica, cujo tratamento específico consegue mudar drasticamente o prognóstico de seus portadores. Assim, embora não haja uma proposta terapêutica curativa, é imperativo que se realize o diagnóstico preciso e o acompanhamento para haver desfechos positivos nesses pacientes.

A investigação da Fibrose Cística deve ser considerada dentre as hipóteses diagnósticas, especialmente de pacientes que apresentem queixas em mais de um sistema corporal, como respiratório e gastrointestinal. Este caso realça a necessidade de um

diagnóstico precoce para evitar graves complicações nos pacientes afetados.

**Palavras Chaves:** FIBROSE CÍSTICA, TESTE GENÉTICO

## Pneumologia

### PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE COM DERRAME PLEURAL: RELATO DE CASO

**ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), JÚLIA LYRA BRASIL VIANA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), RACHEL MARIA BASTOS SILVA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), LÍVIA LUIZA SANTOS GOUVEIA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), PAULA MARTINS RIBEIRO GARCIA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), WELLINGTON LUIZ RODRIGUES MAGALHÃES (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), JÉSSICA DE ABREU ARRUDA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), GISELA CARVALHO VELASCO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)**

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma das infecções graves mais comuns da população pediátrica. Este tipo de infecção responsável nos EUA pela morte de 14% de todas as crianças menores de 5 anos. O derrame pleural é uma das complicações relacionadas a PAC, demonstrou-se que em pacientes internados por PAC, 40% dos desenvolvem derrame parapneumônico (DPP) ou empiema pleural (EP), tendo como etiologia mais frequente o *Streptococcus pneumoniae*.

Paciente P.R.L.S, sexo masculino, com 2 anos e 3 meses deu entrada em unidade de pronto socorro com relato de sintomas respiratório e quadro febril com início nas 24 horas prévias, sendo solicitado radiografia de tórax com imagem sugestiva de pneumonia e DPP em hemitórax esquerdo. Após avaliação do paciente foi sugerida a internação do menor. Aos exames iniciais obtiveram como resultado leucócitos de 20.000/mm<sup>3</sup>, proteína C reativa de 21,1 e hemocultura negativa. Paciente transferido para UTI pediátrica, permanecendo neste por 28 dias. Durante a internação este foi submetido a drenagem de pneumotórax gerado por fístula de alto débito, decorticação pulmonar como terapêutica para EP, utilizou de 3 drenos como terapêutica do do DPP e pneumotórax, e após retiradas dos drenos foi decidido pela pleurostomia aberta. Com relação da terapia antimicrobiana utilizada para tratamento, foram utilizadas os seguintes antibióticos: ceftriaxona (19 dias), vancomicina (33 dias), meropenem (26 dias), anfotericina B (16 dias), linezolida (14 dias) e meropenem (28 dias). Os esquemas utilizados foram trocados em relação a aumento de espectro de cobertura tendo em vista a não resposta clínica. Após evolução clínica satisfatória do paciente, este evolui para alta para seguimento ambulatorial necessitando de acompanhamento pediátrico e pneumológico.

O diagnóstico da PAC se dá principalmente pela clínica deste paciente, sendo os sinais mais frequentes febre, taquipnéia, tosse, letargia e dispnéia. A PAC tem como principais etiologia o Vírus Sincicial Respiratório, *S. pneumoniae* e *Stafilococcus aureus*.

Entretanto a definição do agente causador da PAC ainda representa uma certa dificuldade, embora seja indicado a realização

de hemocultura em paciente internados demonstrou-se que cerca de 2% a 7% consigam isolar o patógeno e de 10-35%, em casos com DPP.

Conclui-se que a PAC é uma patologia de etiologia heterogênea com grande impacto dentro da população pediátrica, podendo também estar relacionada a complicações com o DPP e EP. O tratamento da forma leve pode ser feito por meio de antimicrobianos, e é considerado o manejo das complicações citadas com a possibilidade da drenagem.

O caso demonstrado, corrobora com os modelos atualizados para manejo da PAC complicada, tendo em vista a utilização de forma escalonada de antimicrobianos e também de técnicas cirúrgicas para drenagem do DPP e EP apresentados.

**Palavras Chaves:** PNEUMONIA, DERRAME, PLEUROSCOPIA

## Pneumologia

### TUBERCULOSE EM ADOLESCENTES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

**KARIN DE OLIVEIRA SHU (UFRJ), THIAGO RODRIGUES DE CARVALHO ALVES (UFRJ), CLEMAX COUTO SANT'ANNA (UFRJ), RAFAELA BARONI AURILIO (UFRJ), ANA ALICE IBIAPINA PARENTE (UFRJ)**

A estimativa Organização Mundial da Saúde é que até 15% da população mundial possui a forma latente da tuberculose (TB). No Brasil houve aumento do risco de adoecimento em 2022, em relação a 2020 em crianças e adolescentes de ambos sexos de 0 a 14 anos. No que se refere à apresentação da TB nesse período, houve baixa capacidade diagnóstica pela semelhança dos sintomas respiratórios entre ambas as comorbidades e às restrições impostas aos serviços de saúde. A TB em menores de 15 anos corresponde a cerca de 3,5% do total de casos. Em nosso serviço de referência houve maior frequência de formas extrapulmonares em crianças e adolescentes no período da Pandemia.

Investigar localizações da tuberculose (TB) em adolescentes, durante a pandemia de COVID-19 em um centro de referência pediátrico no Rio de Janeiro.

Série de casos de pacientes diagnosticados com TB, com idade entre 10 e 18 anos, atendidos em um hospital pediátrico do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021. Os adolescentes foram divididos em dois grupos: 10 a 12 anos (jovens) e 13 a 18 anos: As informações clínico-radiológicas foram obtidas dos prontuários de acompanhamento ambulatorial. Realizada estatística descritiva, apresentação em tabelas e gráficos que comparam as manifestações da TB quanto ao sexo, à idade e à forma de acometimento. Aprovado pelo CEP da instituição.

No estudo, a média de idade dos pacientes foi de 11,9 anos. Sendo 21 (70%) do sexo feminino e 9 (30%) do sexo masculino.

Nos 21 pacientes de 10 a 12 anos, houve uma prevalência de tuberculose extrapulmonar (número absoluto) (20 / 57%), dentre essas, estão TB pleural (6 / 21%), ganglionar (4 / 14%), oftálmica (2 / 7%), peritoneal (2 / 7%), meníngea (2 / 7%), miliar (2 / 7%), pericárdica (1 / 3%) e óssea (1 / 3%). Além dos acometimentos de TB pulmonar (9 / 31%) e as formas de TB combinada entre pulmonar e extrapulmonar (3 / 14%).

Nos 9 pacientes de 13 a 18 anos, foi encontrada a mesma predominância de tuberculose extrapulmonar (9 / 45%), porém com

menor variedade como na outra faixa etária. Os acometimentos identificados foram TB pleural (3 / 20%), ganglionar (2 / 13%), miliar (1 / 7%), meníngea (1 / 7%), pericárdica (1 / 7%) e laringea (1 / 7%). Nesse grupo, também foram detectados casos de TB pulmonar (6 / 40%) e as formas de TB combinada entre pulmonar e extrapulmonar (4 / 44%).

Houve predomínio das manifestações de TB extrapulmonar em relação às formas pulmonares nos dois grupos, ao contrário do encontrado na literatura. Nos adolescentes de 13 a 18 anos - cujo comportamento se assemelha mais ao de adultos - predominaram a TB pulmonar e as formas combinadas de TB pulmonar e extrapulmonar.

**Palavras Chaves:** ADOLESCENTES , TUBERCULOSE , PANDEMIA , COVID-19

**Agradecimentos:** AO PROFESSOR CLEMAX, POR SER NOSSO GUIA E ORIENTADOR. MUITO OBRIGADA.

## Pneumologia

### ENFISEMA LOBAR CONGÊNITO DIAGNOSTICADO DURANTE BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA - RELATO DE CASO

**PEDRO HENRIQUE SANT'ANNA ANTUNES, (HUPE/UERJ),  
LEONARDO MATHEUS CARDOSO DE SOUZA (HUPE/UERJ),  
DAYANE FIGUEIREDO FIALHO ROCHA (HUPE/UERJ), PAULA  
FLORENCE SAMPAIO (HUPE/UERJ), MICHELY ALEXANDRINO  
PINHEIRO MASCARENHAS (HUPE/UERJ), DENISE CARDOSO  
DAS NEVES SZTAJNBOK (HUPE/UERJ), VINÍCIUS MOREIRA  
GONÇALVES (HUPE/UERJ), LUCIANO ABREU DE MIRANDA  
PINTO (HUPE/UERJ), RAFAELA BARONI AURILIO (HUPE/UERJ)**

O enfisema lobar congênito (ELC) é considerado uma doença rara, decorrente de falhas do desenvolvimento pulmonar, com prevalência de 1 caso a cada 20/30 mil, sendo mais predominante no sexo masculino e comumente diagnosticado nos primeiros 6 meses de vida. Frequentemente, o paciente apresenta-se assintomático, com a descoberta pelo achado radiológico, porém pode apresentar sintomatologia como taquidispnéia mantida ou progressiva. O diagnóstico pode acontecer ainda intraútero, pela ultrassonografia morfológica, ou na fase pós-natal, por meio da radiografia de tórax e confirmado tomograficamente, cujas imagens evidenciam aprisionamento aéreo e hiperinsuflação lobar - sendo mais comum em ápices e predomínio do lado esquerdo. Vale ressaltar que a broncoscopia ajuda no diagnóstico de anomalias brônquicas responsáveis pelo mecanismo valvular e de aprisionamento aéreo. No tratamento, a literatura se divide sendo indicada conduta expectante nos casos sintomáticos, mas havendo indicação cirúrgica naqueles que apresentem sintomatologia. Podemos dizer ainda que o prognóstico é favorável nos casos em que a correção cirúrgica é realizada.

Descrição do caso: Lactente, masculino, pardo, 3 meses de vida, internado por bronquiolite viral aguda, manteve taquidispnéia após resolução do quadro. Na radiografia de tórax para admissão foi observado discreta hiperinsuflação do lobo superior esquerdo (LSE), que se tornou mais evidente e apresentou aumento progressivo durante a internação. Houve suspeita de ELC, sendo realizada tomografia computadorizada (TC) de tórax, cujo resultado evidenciou aérea de aprisionamento aéreo localizada em LSE, com herniação contralateral da lesão e desvio do mediastino. Além disso,

foi submetido a broncoscopia que evidenciou broncomalácia do brônquio do lobo superior esquerdo, corroborando o diagnóstico de Enfisema lobar congênito. Submetido a lobectomia superior esquerda, evoluindo com melhora clínica e radiológica, recebendo alta hospitalar.

Os dados do caso foram extraídos, retrospectivamente, do prontuário.

Discussão: O ELC é mais predominante em recém nascidos do sexo masculino, com acometimento do LSE, como no caso relatado. Os achados mais frequentes na radiografia de tórax são: aprisionamento aéreo e hiperinsuflação de um lobo, sendo o padrão-ouro para o diagnóstico a TC do tórax. A broncoscopia permite a avaliação da via aérea, até mesmo, para buscar outras anomalias associadas, e no presente caso evidenciou broncomalácia.

Conclusão: Deve-se suspeitar da ELC, na fase pós-natal, em casos de desconforto respiratório persistente associado à hiperinsuflação lobar na radiografia do tórax. Ressalta-se que a confirmação diagnóstica é por meio da TC, que auxilia no diagnóstico diferencial com pneumotórax ou pneumatoceles. A correção cirúrgica está indicada nos casos sintomáticos para melhorar o desconforto respiratório.

**Palavras Chaves:** LACTENTE, MALFORMAÇÃO, PULMÃO, CONGÊNITA

**Agradecimentos:** AO SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HUPE PELO ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO DO CASO

## Pneumologia

### O USO DE FIBRINOLÍTICO EM PNEUMONIA COM DERRAME PLEURAL CAUSADA POR COVID-19: RELATO DE CASO

**MARIANA BRITO DUMAS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS),  
CAROLINA PAIXÃO SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS),  
ADRIANA PAIVA DE MESQUITA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS),  
ALINE DE SOUZA MENDES (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS),  
DÉBORA SANTOS DE OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS),  
MARIANA BRANDÃO GRECO (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS),  
VÂNIA VEIGA COSTA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), DARLI  
FERNANDES DE OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS),  
EDUARDO LASMAR PORTILHO JUNQUEIRA (HOSPITAL  
MUNICIPAL JESUS)**

Derrame pleural (DP) é o acúmulo de fluido pleural exsudativo, associado à pneumonia, que ocorre quando a produção do líquido pleural excede a capacidade de drenagem linfática da pleura parietal.

Pré-escolar de 3 anos, sexo feminino, moradora do Jacarézinho, município do Rio de Janeiro, iniciou quadro de febre diária, dispnéia, tosse e oligúria há 20 dias. Devido a permanência dos sintomas e piora da dispnéia, procurou atendimento em Hospital Pediátrico, onde ficou internada. Realizou raio-x de tórax que evidenciou hemitórax opaco à esquerda, além de USG de tórax, laboratório e coleta de painel viral com detecção de infecção por Covid-19 (RT-PCR). De história vacinal, a paciente não apresentava imunização para Covid-19. Ao exame físico, apresentava ausculta pulmonar abolida em HTE, taquipnéia, dessaturação e importante esforço respiratório, sendo necessário o uso de oxigenioterapia. Após o diagnóstico de volumoso derrame pleural à esquerda por meio

da USG de tórax, foi indicada drenagem pleural visando melhora da expansibilidade pulmonar, além de antibioticoterapia com Cefalosporina de 4ª geração. Durante o procedimento cirúrgico, foi obtido pequeno volume de líquido pleural turvo (empiema), com celularidade impossibilitada pela quantidade de fibrina, glicose de 13, proteínas totais de 5,2 e albumina de 2,7. Dessa forma, foi indicada a terapia com fibrinolítico (Alteplase) e instalação de dreno de tórax em selo d'água para escoamento do empiema. Após 10 dias de Cefepime EV e 3 doses de Alteplase, a paciente apresentou melhora clínica e radiológica, tendo alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

A doença ocasionada pelo SARS-CoV-2 tornou-se de grande preocupação global para a saúde pública após o ano de 2019. Hoje, sabe-se que esse vírus é capaz de invadir o parênquima pulmonar, gerando resposta inflamatória local intensa e consequente lesão alveolar difusa, além de extravasamento de líquido presente na microvasculatura para o espaço intersticial, devido ao aumento da permeabilidade das superfícies pleurais, resultando em derrame pleural, que representa uma evolução radiológica inflamatória mais grave da pneumonia por COVID-19.

No caso da paciente, foi iniciada antibioticoterapia para a pneumonia e, em relação ao derrame, foi indicada toracocentese. Como foi obtido líquido turvo/empiema, foi associada a terapia com fibrinolítico intrapleural, visando à dissolução de septos e loculações, tornando o líquido mais fluido, favorecendo o esvaziamento da cavidade pleural e a expansão pulmonar. Foi sugerido o uso de Alteplase por possuir alta seletividade e especificidade à fibrina, além de meia-vida curta. Foi utilizada a proporção de 4mg de Alteplase para 36ml de Soro Fisiológico 0,9%

A terapia fibrinolítica intrapleural tem sido utilizada como importante alternativa, especialmente para os casos não cirúrgicos, já que encurta o período de internação hospitalar e atua em DP complicados e em empiemas.

**Palavras Chaves:** COVID-19, PNEUMONIA, DERRAME PLEURAL, FIBRINOLÍTICO

## Pneumologia

### DESFECHO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM COMORBIDADES

**FABIANA CERQUEIRA ABBUD (IPPMG), MICHELY ALEXANDRINO PINHEIRO MASCARENHAS (IPPMG), BEATRIZ ALBINO SERVILHA SILVA (IPPMG), ANA ALICE AMARAL IBIAPINA PARENTE (IPPMG), LENITA DE MELO LIMA (IPPMG), MARIA DE FATIMA BAZHUNI POMBO SAN'TANNA (IPPMG), CLEMAX COUTO SAN'TANNA (IPPMG), PAULA DO NASCIMENTO MAIA (IPPMG), RAFAELA BARONI AURILIO (IPPMG), CLAUDIA STELLA PEREIRA BATTAGLIA (IPPMG)**

**Introdução:** A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa ocasionada pelo complexo Mycobacterium, tendo como principal agente o M.tuberculosis (M.tb). Pacientes que apresentem quadros de imunossupressão ou necessitem de tratamentos imunossupressores podem apresentar um maior fator de risco para adoecimento por TB. Além disto, necessitam de acompanhamento

regular para avaliação de complicações da TB ou de seu tratamento devido à comorbidade, já apresentada pela criança ou adolescente e por conta dos tratamentos a que elas estão sendo submetidas. Existem poucos estudos abordando o desfecho clínico do tratamento de TB nestes pacientes.

**Objetivo:** Descrever o desfecho clínico de pacientes diagnosticados com TB que apresentavam comorbidades, acompanhados no ambulatório de Pneumologia pediátrica de um centro de referência.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo e descritivo do tipo série de casos desenvolvido no setor de Pneumologia pediátrica de um centro de referência. O Ambulatório atende pacientes pediátricos com tuberculose ativa e latente. Os casos foram identificados através do livro de registro de acompanhamento dos pacientes com TB no período de maio de 2016 a setembro de 2023. Foram coletados dados referentes ao sexo, idade, comorbidade e quanto a evolução clínica e radiológica dos prontuários dos pacientes selecionados. Foram incluídos pacientes de zero a 15 anos em acompanhamento no serviço de Pneumologia pediátrica, com diagnóstico de TB e que possuíam comorbidades. Foram excluídos pacientes com perda de seguimento no serviço e aqueles com dados incompletos no prontuário.

**Resultados:** Foram analisados 11 pacientes diagnosticados com TB, em que 72,7% (8/11) eram do sexo feminino, com idade média de 5,9 anos (4-9). Destes pacientes, 54,5% (6/11) apresentavam Artrite Idiopática Juvenil, enquanto 9,09% (1/11) apresentava Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, 18,2% (2/11) Lúpus Eritematoso Sistêmico, 9,09% (1/11) com Leucemia Linfóide Aguda e 9,09% (1/11) com Uveíte crônica. Todos os pacientes seguiram o protocolo de tratamento do Ministério da Saúde brasileiro com estabelecimento de critérios de cura.

**Conclusão:** A partir dos resultados obtidos, pode-se inferir que as comorbidades encontradas nos pacientes diagnosticados com tuberculose foram doenças imunológicas, reumatológicas e hematológicas. Apesar dos pacientes poderem apresentar comprometimento no sistema imune, obteve-se desfecho clínico favorável.

**Palavras Chaves:** TUBERCULOSE, COMORBIDADE, PEDIATRIA

## Pneumologia

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MALFORMAÇÃO PULMONAR CONGÊNITA DA VIA AÉREA (CPAM) INTRODUÇÃO: A MALFORMAÇÃO PULMONAR CONGÊNITA DA VIA AÉREA (CPAM) É UMA LESÃO PULMONAR RARA QUE RESULTA DO DESENVOLVIMENTO INCORRETO DO TECIDO PULMONAR, SOBRETUDO DOS BRONQUÍOLOS

**LETICIA CARDOSO VITOR (IPPMG), MICHELY ALEXANDRINO PINHEIRO MASCARENHAS (IPPMG), RAFAELA BARONI AURILIO (IPPMG), FABIANA CERQUEIRA ABBUD (IPPMG), ANA ALICE AMARAL IBIAPINA PARENTE (IPPMG), FERNANDA POMBO**



**MARCH CLAUSI (IPPMG), THAIS FIGUEIREDO DE SOUZA MAZZINI (IPPMG), PAULA DO NASCIMENTO MAIA (IPPMG), ANA CLARA PEREIRA VIEIRA (IPPMG), RAFAELLY REIS DOS SANTOS (IPPMG)**

**Introdução:** A malformação pulmonar congênita da via aérea (CPAM) é uma lesão pulmonar rara que resulta do desenvolvimento incorreto do tecido pulmonar, sobretudo dos bronquíolos terminais e respiratórios. A ultrassonografia no período intrauterino é importante para garantir um diagnóstico inicial e permitir a abordagem adequada nos primeiros meses ou anos de vida. Pode se apresentar também como quadros de infecções respiratórias recorrentes, e na radiografia de tórax se manifestar como imagens císticas. A indicação cirúrgica para retirada da malformação, é sugerida na maioria das vezes pelo risco de malignização. Daí a importância de estabelecer um diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares que podem se manifestar radiologicamente com imagens císticas, como cistos broncogênicos ou pulmonares, sequestro pulmonar, abscessos, pneumatoceles, entre outros.

**Objetivo:** Descrever casos atendidos no serviço de Pneumologia Pediátrica com imagem radiológica sugestiva de CPAM e seus desfechos finais, no período de 2015 a 2023.

**Método:** Estudo retrospectivo, descritivo, do tipo série de casos, com busca de dados através da revisão de prontuários.

**Resultados:** 5 pacientes foram incluídos, Dentre eles, 3 confirmaram diagnóstico de CPAM. Dos casos de CPAM: 2 eram assintomáticos com diagnóstico antenatal e 1 apresentava infecções respiratórias de repetição. Na radiografia de tórax destes, 2 pacientes apresentavam lesões arredondadas e hipertransparentes, enquanto apenas 1 tinha consolidação parahilar. Na tomografia do tórax, todos os pacientes com CPAM apresentavam lesões císticas. Nos outros 2 casos com diagnósticos diferentes: um foi diagnosticado com pneumatocele após processo pneumônico mantendo na radiografia de tórax, uma imagem cística em hemitórax esquerdo. O outro paciente, recebeu diagnóstico de sequestro pulmonar pela angiotomografia, porém apresentava na radiografia de tórax uma discreta alteração em base direita com desorganização vascular.

**Conclusão:** A CPAM é uma doença rara, cujo diagnóstico precoce proporciona o planejamento terapêutico adequado, melhorando o curso da doença, para infecções respiratórias recorrentes, ou até mesmo malignização da lesão. Esses casos alertam para o fato de que, diante de uma criança com alteração radiológica persistente ou infecções respiratórias de repetição, a CPAM deve ser uma hipótese diagnóstica a ser considerada.

**Palavras Chaves:** CPAM, PEDIATRIA,

## Pneumologia

### PREVALENCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASMÁTICAS COM EXCESSO DE PESO

**MICHELY ALEXANDRINO PINHEIRO MASCARENHAS (IPPMG), PAULA DO NASCIMENTO MAIA (IPPMG), BEATRIZ ALBINO SERVILLEIRA SILVA (IPPMG), MARIA CAROLINA DE PINHO PORTO (IPPMG), LUIZ CARLOS BANDOLI GOMES JUNIOR (IPPMG), PRISCILLA AGUIAR DE ARAUJO (IPPMG), MARCIO JOAO MOTA AMARAL (IPPMG), REBECA COUTINHO COSTA (IPPMG),**

**GABRIELA ARAKAKI FARIA (IPPMG), MARIA DE FATIMA BAZHUNI POMBO SANT'ANNA (IPPMG)**

**Introdução:** Na última década as taxas de obesidade infantil aumentaram drasticamente em vários países do mundo e isso tem sido relacionado a um pior risco do controle total da asma. De acordo com dados do Sistema Único de Saúde, a obesidade atinge cerca de 13,2% da população da faixa etária pediátrica. Segundo análises recentes, estima-se que pelo menos 28% desta população apresenta excesso de peso. Há evidências epidemiológicas e experimentais atuais de um fenótipo de asma diretamente relacionado à obesidade. O mecanismo patogênico de asma ainda não está totalmente elucidado. Além disso, o papel da inflamação relacionado à obesidade e a reação pulmonar exagerada aos gatilhos ambientais resultam em sintomas semelhantes ao que o paciente asmático apresenta. Já é bem estabelecido que a obesidade aumenta tanto o risco de desenvolver quanto de agravar a asma e esta relacionado a uma maior taxa de morbidade no geral.

**Objetivo:** Descrever a prevalência de crianças e adolescentes asmáticos que apresentam excesso de peso, por meio de parâmetros clínicos relacionados a prova de função pulmonar realizada em um serviço de pneumologia pediátrica em um ambulatório de referência.

**Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, retrospectivo realizado em asmáticos na faixa etária de 4 a 19 anos, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2019, que vieram para realizar espirometria no serviço de referência ambulatorial em pneumologia pediátrica.

**Resultados:** Foram avaliados 1578 pacientes sendo 58,3% (920/1578) do sexo masculino. A média de idade foi 9,9 anos (4-19). Observou-se que 66,3% (1047/1578) dos pacientes não apresentavam excesso de peso, sendo estes eutróficos ou magros, de acordo com o índice de massa corporal (IMC) e os pacientes considerados com excesso de peso, ou seja, com risco de sobrepeso, sobrepeso, obesidade ou obesidade grave representaram 33,7% (531/1578) dos indivíduos.

**Conclusão:** Observou-se, neste estudo, uma prevalência de excesso de peso relevante no grupo configurado por pacientes asmáticos em detrimento do que foi observado na população pediátrica em geral. Um terço dos pacientes com diagnóstico de asma, encaminhados para prova de função pulmonar, apresentavam excesso de peso. Segundo esta análise, corrobora-se o fato de que crianças com obesidade que têm diagnóstico prévio de asma têm maior gravidade, pior controle de seus sintomas, exacerbações mais frequentes e, em geral, menor qualidade de vida se comparadas as crianças que têm peso saudável.

**Palavras Chaves:** OBESIDADE, PEDIATRIA, ASMA

## Pneumologia

### SEQUESTRO PULMONAR: RELATO DE CASO

**ANA ALICE AMARAL IBIAPINA PARENTE (IPPMG), MICHELY ALEXANDRINO PINHEIRO MASCARENHAS (IPPMG), GABRIELA ARAKAKI FARIA (IPPMG), RAFAELA BARONI AURILIO (IPPMG), AGNES LEIA DE SA ALVES DA SILVA (IPPMG), FANIANA CERQUEIRA ABBUD (IPPMG), FERNANDA POMBO MARCH CLAUSI (IPPMG), MARIA DE FATIMA BAZHUNI POMBO SANT'ANNA (IPPMG), CLEMAX COUTO SANT'ANNA (IPPMG), CLAUDIA STELLA PEREIRA BATTAGLIA (IPPMG)**

O sequestro pulmonar é uma malformação congênita rara que se origina durante o período embrionário, podendo estar associado a outras anomalias. É caracterizado por uma massa de parênquima pulmonar não funcional que não se comunica com a árvore traqueobrônquica normal. Existem dois tipos: extralobar e intralobar. O intralobar é o mais frequente e caracteriza-se por compartilhar o mesmo revestimento de pleura visceral de um lobo pulmonar normal. Acomete mais o segmento basal posterior do lobo inferior. A maioria dos pacientes são detectados na adolescência. Já o extralobar, é encontrado mais frequentemente no hemitórax esquerdo acima do diafragma e tem revestimento pleural próprio. A identificação inicial do sequestro pulmonar, acontece geralmente por radiografia, tomografia ou angioressonância magnética do tórax. O tratamento indicado é a ressecção cirúrgica do lobo ou do segmento pulmonar sequestrado, por meio de toracotomia ou videotoracoscopia. Contudo, por ser uma técnica considerada invasiva, novos estudos vêm sendo introduzidos na prática clínica, como o tratamento endovascular.

Escolar, feminino, 11 anos, previamente hígido, sem intercorrências no período neonatal, apresentou, episódios recorrentes de infecção respiratória, com uso frequente de esquemas antibióticos. O quadro se inicia com febre, tosse e dispneia, sendo tratada como pneumonia bacteriana, o que levava a uma resolução temporária dos eventos. Com 10 anos de idade, necessitou de internação hospitalar após quadro de dispneia grave, hemoptise e febre persistente, associado a uma imagem de radiografia de tórax com hipotransparência em terço médio e base pulmonar direita. Como não apresentou melhora radiológica com o tratamento estabelecido, foram solicitados tomografia de tórax contrastada e angioressonância magnética. Os exames evidenciaram massa pulmonar de densidade heterogênea com múltiplas imagens císticas, no lobo inferior direito, e presença de malformações vasculares, configurando sequestro pulmonar. A paciente permaneceu internada por 15 dias para estabilização do quadro e foi indicada cirurgia eletiva de lobectomia inferior à direita após a alta.

Discussão: O sequestro pulmonar é uma patologia de grande repercussão clínica e difícil diagnóstico inicial pois é uma doença pouco conhecida e com baixa incidência de casos na população geral. Com isso, não entra na lista das principais hipóteses diagnósticas das infecções respiratórias de repetição. Esse caso retrata a importância de um diagnóstico precoce, uma vez que o paciente relatado possui tratamento com vários esquemas antibióticos sem resolução do quadro. Conclusão: O diagnóstico de sequestro pulmonar pode ser desafiador, razão pelo qual os pediatras devem estar cientes de suas possíveis apresentações e complicações. Esse caso alerta para o fato de que, diante de uma criança com infecções respiratórias recorrentes, o sequestro pulmonar deve ser uma hipótese diagnóstica a ser considerada.

**Palavras Chaves:** SEQUESTRO PULMONAR, PEDIATRIA, RELATO DE CASO

## Pneumologia

### TAXA DE SUCESSO EM SEGUNDA TENTATIVA DE EXECUÇÃO DA ESPIROMETRIA

THAIS FIGUEIREDO DE SOUZA MAZZINI (IPPMG), RAFAELA BARONI AURILIO (IPPMG), ANA ALICE IBIAPINA AMARAL

PARENTE (IPPMG), PAULA DO NASCIMENTO MAIA (IPPMG), RICARDO SIMONATO FERREIRA (IPPMG), LUAN MILLER GERONIMO GROTO (IPPMG), FABIANA FERREIRA ABDUD (IPPMG), FERNANDA POMBO MARCH CLAUSI (IPPMG), MARIA DE FATIMA BAZHUNI POMBO SANT'ANNA (IPPMG), CLEMAX COUTO SANT'ANNA (IPPMG)

A espirometria tem se tornado cada vez mais útil na prática pediátrica para monitorar diversas doenças pulmonares. No entanto, seu resultado é dependente da cooperação e esforço do paciente. A taxa de sucesso do exame é determinada pela obtenção de curvas aceitáveis e reprodutíveis, o que é diretamente influenciado pelo treinamento fornecido ao paciente.

Comparar a taxa de sucesso alcançada pelo paciente no primeiro e segundo exames de espirometria na pediatria de acordo com idade e tempo entre exames.

Estudo observacional, descritivo, retrospectivo com crianças e adolescentes submetidos à prova de função pulmonar pelo espirômetro Koko PF, entre 01 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2022. Foram incluídas somente avaliações de pacientes que tiveram seu primeiro exame considerado como sem sucesso. Foram excluídos aqueles que haviam feito algum exame anteriormente a essa data em nosso serviço e aqueles maiores de 18 anos. Os critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade adotados seguiram as normas internacionais da ATS/ERS (2005). Os resultados foram analisados segundo a idade dos pacientes. Para a análise estatística foram descritos a frequência da taxa de sucesso em valores percentuais. Foi realizada uma análise exploratória para a correlação dos dados de idade através do teste qui-quadrado.

Das 382 espirometrias realizadas como primeiro exame, 14,7% (56/382) estavam inaceitáveis e não reprodutíveis, de acordo com os critérios pré-estabelecidos. A execução inadequada foi semelhante entre os pacientes até 11 anos, 13,5% (31/56) e naqueles com 12 anos ou mais, 16,5% (25/56), com  $p$  valor=0,42. Dos pacientes com exames inadequados, 44,6% (25/56) refizeram a espirometria e, destes, 76% (19/25) tiveram êxito ao repetir o exame em tentativa subsequente. No grupo dos pacientes até 11 anos, 45,2% (14/31) refizeram o teste posteriormente e desses 64,3% (9/14) tiveram sucesso. Já nos com 12 anos ou mais, 44% (11/25) tentaram novamente com 90,9% (10/11) obtendo sucesso posteriormente. Desta forma, houve um incremento de sucesso da primeira para a segunda tentativa de 5%, passando de 85,3% (326/382) para 90,3% (345/382).

A taxa de sucesso encontrada no primeiro exame foi elevada, com parte dos pacientes que não haviam conseguido realizá-lo numa primeira tentativa, o fazendo de forma adequada numa segunda tentativa.

**Palavras Chaves:** PEDIATRIA, ESPIROMETRIA

## Pneumologia

### AVALIAÇÃO CLÍNICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASMÁTICOS

PAULA DO NASCIMENTO MAIA (IPPMG), ANA ALICE AMARAL IBIAPINA PARENTE (IPPMG), RAFAELA BARONI AURILIO (IPPMG), MARIA DE FATIMA BAZHUNI POMBO SANT'ANNA (IPPMG), CLEMAX COUTO SANT'ANNA (IPPMG), CARLOS ROBERTO DE OLIVEIRA JUNIOR (IPPMG), ERICA ELANA DOS SANTOS CORREA

**(IPPMG), MATHEUS ROCHA DE OLIVEIRA SOUZA (IPPMG), MICHELY ALEXANDRINO PINHEIRO MASCARENHAS (IPPMG), LENITA DE MELO LIMA (IPPMG)**

A asma é uma doença inflamatória crônica que afeta 20% da população na faixa etária pediátrica. Por isso, é fundamental seu diagnóstico precoce e assertivo, acompanhamento clínico e controle das agudizações para evitar o remodelamento pulmonar garantindo, assim, um adequado crescimento e desenvolvimento e uma boa qualidade de vida. Segundo o Global Initiative for Asthma (GINA) a asma pode ser classificada como: asma controlada, parcialmente controlada e não controlada. Esta classificação baseia-se na frequência dos sintomas, na utilização de medicação de resgate, nos despertares noturnos e sintomatologia após prática de atividade física. Esses parâmetros contribuem para a introdução, aumento ou redução das medicações profiláticas evitando, desta forma, as exacerbações clínicas pulmonares.

O objetivo desse estudo foi avaliar a classificação da asma, conforme citado anteriormente, relacionando-a ao uso ou não de medicação profilática como corticoides inalatórios isolados ou em associação com broncodilatador de longa ação a depender do step da GINA.

Estudo transversal, analítico, conduzido em um ambulatório de referência de pneumologia pediátrica de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2018 a março de 2020. O controle da asma foi avaliado de acordo com a classificação da GINA. Foi dividido em 2 grupos: asma totalmente controlada e asma sem controle total (parcial ou nenhum controle). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 67129617500005264.

havia 190 pacientes, destes 118 (62,1%) eram do sexo masculino e 72 (37,9%) do sexo feminino. A idade variava de 6 a 18 anos com uma média de 9,6 anos e um desvio padrão de 2,42. Segundo a classificação da GINA, 82/190 (43,2%) tinham asma controlada e 108/190 (56,8%) asma sem controle total. Deste último grupo, 70/108 (64,8%) tinham controle parcial e 38/108 (35,2%) sem nenhum controle. Dos pacientes que estavam com asma controlada, 58/82 (70,7%) estavam com medicação profilática e 24/82 (29,3%) sem medicação. Dos sem controle total, 89/108 (82,4%) estavam com medicação e 19/108 (15,6%) sem nenhuma profilaxia medicamentosa, com p valor 0,056.

O presente estudo demonstrou que a maioria dos pacientes que possuía controle total da asma estavam sob uso de medicação preventiva. Entretanto, no grupo dos não totalmente controlados havia um elevado número de pacientes em uso de medicação profilática diária sem, entretanto, ter a redução das suas sintomatologias respiratórias. Isso pode ser justificado por uma necessidade de aumento do step de tratamento ou também pela hipótese de uma técnica inalatória incorreta, de um inadequado controle ambiental ou mesmo irregularidade do tratamento.

**Palavras Chaves:** ASMA, PEDIATRIA

## Gastroenterologia

### SANGRAMENTO DIGESTIVO EM PRÉ ESCOLAR

**MARIANA APARECIDA ROSA DOS SANTOS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO/UERJ), GABRIELLA DE OLIVEIRA**

**FLOR FERREIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO/ UERJ), GABRIELLA SILVA FARIAS DE CARVALHO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO/UERJ), KELLY SOARES CORREIA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO/UERJ), LAURA CAMPELO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO/UERJ), KATIA FARIAS E SILVA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO/UERJ)**

As hemorragias digestivas são causas recorrentes na hospitalização de urgência e podem ser divididas em hemorragias digestivas altas (HDA) e baixas (HDB). As HDB representam cerca de 20% dos casos, sendo o Divertículo de Meckel o quadro mais prevalente abaixo de 5 anos porém sua frequência reduz conforme a idade aumenta.

Masculino, branco, 2 anos e 5 meses, previamente hígido teve episódio de melena, sem sintomas associados. Uma semana depois teve febre não aferida por 3 dias. Após 2 dias apresentou enterorragia e coágulos, procurou emergência sendo internado por 3 dias, onde realizou exames laboratoriais (hemoglobina = 5,1g/dL, hematócrito = 17,1%), e Tomografia computadorizada abdominal com presença de alça intestinal em fundo cego em topografia do íleo terminal, em posição pélvica, além de importante distensão de alças intestinais. Na USG não foi identificada imagem sugestiva de intussuscepção. Evoluiu com novos episódios de fezes escurecidas e enterorragia maciça, além de instabilidade hemodinâmica. Foi excluído abdome cirúrgico pela cirurgia pediátrica. Permaneceu em dieta zero e recebendo hidratação venosa, ácido tranexâmico, vitamina K, omeprazol, antibioticoterapia empírica e hemoconcentrado. Foi transferido para hospital de maior porte onde exames laboratoriais evidenciaram anemia por sangramento agudo e marcador inflamatório aumentado. Também foram solicitadas uma endoscopia digestiva alta (EDA) e uma colonoscopia, sem alterações. Nova avaliação da Cirurgia Pediátrica indicou uma laparoscopia diagnóstica, que identificou o divertículo de Meckel a 65 cm da válvula ileocecal, sendo realizada uma enterectomia com anastomose primária manual. Paciente evoluiu bem recebendo alta sem intercorrências.

O divertículo de Meckel (DM) é uma anomalia no intestino médio que se origina de um conduto onfalomesentérico não fechado na região antimesentérica do íleo durante o desenvolvimento embrionário entre a quinta e a oitava semana de gestação e em geral localiza-se a 40-100 cm da válvula ileocecal. Os sintomas aparecem na infância, especialmente no primeiro e segundo ano de vida, afetando cerca de 50-60% dos casos. Esses sintomas estão relacionados à presença de mucosa gástrica ectópica no interior do divertículo, causando úlceras e sangramento. A cintilografia com Tecnécio 99m é um método padrão para diagnóstico. A laparoscopia é eficaz para determinar a causa subjacente, destacando a importância da abordagem multidisciplinar e diferentes métodos de diagnóstico na investigação da hemorragia digestiva baixa (HDB).

O caso ilustra a importância da investigação detalhada e da abordagem cirúrgica adequada em situações de hemorragia digestiva de origem obscura em crianças, permitindo uma identificação precisa e tratamento eficaz da causa subjacente.

**Palavras Chaves:** HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA, DIVERTÍCULO DE MECKEL

## Gastroenterologia

## GASTRITE EOSINOFÍLICA EM PACIENTE DE 2 ANOS: UM RELATO DE CASO

**LUMA PEDRA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), JANINE FERRAZ (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), MARESSA PEREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), GIULIA NEMER (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), RENATA RESTAY (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS)**

A gastroenterite eosinofílica (GE) é uma condição rara do trato gastrointestinal, caracterizada por uma infiltração intensa de eosinófilos. Faz parte das desordens gastrintestinais eosinofílicas (EGID) e pode afetar todo o trato gastrointestinal. Associada a alergias, a GE tem uma apresentação heterogênea e manifesta-se com sintomas como dor abdominal, náuseas e diarreia. O diagnóstico envolve endoscopia e biópsias, destacando-se a presença de mais de 20 eosinófilos por campo de grande aumento na lâmina própria.

Paciente de dois anos, do sexo masculino, com histórico de rejeição de alimentos, redução da ingestão de leite, sonolência e choro constante, foi inicialmente tratado com cefalexina e ciproetadina, suspeitando-se de uma possível infecção do trato urinário. No entanto, não houve melhora, e a mãe relatou a ingestão de guanidina, um alisante para cabelos. A criança foi hospitalizada devido a derrame pleural, pneumonia e posteriormente apresentou espessamento em órgãos como esôfago, estômago, intestino e fígado, com endoscopia revelando coloração alterada e eosinófilos positivos. Em tratamento domiciliar iniciou albendazol. No mês seguinte, o paciente retornou com exantema, anorexia, vômitos e abdômen distendido. Novos exames revelaram espessamento gástrico, redução da luz no canal antropilórico e linfonodomegalias. A biópsia gástrica inicial indicou um padrão indeterminado com inflamação e células atípicas, mas sem metaplasia intestinal. A pesquisa de *Helicobacter pylori* foi negativa. Devido a suspeita de neoplasia foi solicitado nova endoscopia e TC de abdômen. A biópsia enviada ao INCA indicou mucosa gástrica ulcerada com infiltrado eosinofílico acentuado e ausência de neoplasia. Imuno-histoquímica mostrou negatividade para ALK, CD1a, S100, Actina 1a4 e desmina.

Na literatura é relatada uma associação com condições alérgicas documentadas em 58,9% das crianças com EG. Entretanto, o paciente em questão, não apresenta histórico prévio de atopia. a associação entre a clínica de perda de peso, anorexia, disfagia descrita aliados aos laudos da EDA e TC levaram a suspeição de malignidade, como linfoma gástrico. Entretanto, o diagnóstico definitivo veio através da biópsia gástrica que confirmou a gastrite eosinofílica. O diagnóstico da GE tem como critérios histológicos descritos na literatura a presença de inflamação eosinofílica densa da mucosa gástrica, associada a criptite eosinofílica, abscessos eosinofílicos ou presença de eosinófilos na submucosa e muscular da mucosa. Em conclusão, a GE é uma doença crônica e recorrente que permanece com muitos aspectos desconhecidos, especialmente em relação às suas consequências a longo prazo. Atualmente, as terapias de primeira linha para induzir a remissão incluem a dieta e/ou o uso de corticoides. No entanto, é fundamental ressaltar a necessidade de

pesquisa contínua para avaliar a eficácia de diferentes tratamentos de manutenção e entender melhor a evolução da doença ao longo do tempo.

**Palavras Chaves:** GASTROENTERITE, EOSINOFILIA, GASTRITE EOSINOFÍLICA

### Gastroenterologia

## DISFAGIA LUSÓRIA POR PRESENÇA DE ANEL VASCULAR FORMADO POR ARTÉRIA SUBCLÁVIA DIREITA ANÔMALA: RELATO DE CASO EM PEDIATRIA E REVISÃO DA LITERATURA

**GUSTAVO DUQUE YECKER (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MARINA CARVALHO DUARTE SÁ (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), ANA CAROLINA DE CARVALHO COUTINHO EZARANI (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MATHEUS FREIRE DE LIMA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), RENATA NOVELLINO DO ROSÁRIO AZZI (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), TAYNÁ BASTOS MOURÃO VIANA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MARIA IZABEL MÜLLER DE CAMPOS DUTRA E SILVA DE ANDRADE (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), GINA SGORLON (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), PAULO ROBERTO ABRAHÃO DA SILVA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), ANDRÉ RICARDO ARAÚJO DA SILVA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA)**

A artéria lusória é uma variação anatômica oriunda da artéria subclávia direita. Quando não apresenta seu trajeto habitual, pode comprimir a traqueia e o esôfago. Sua origem se dá por uma desordem embriológica e, na maioria dos casos, é assintomática. Os casos sintomáticos, decorrentes da compressão do esôfago, tendem a ser associados à disfagia. Nas crianças, a compressão traqueal pode originar sintomas devido à consistência rígida da traqueia. A prevalência da artéria lusória é particularmente alta em pacientes com Síndrome de Down, cardiopatias congênitas e idosos.

RPMC, 6 anos, sexo feminino, transferida de outro hospital para UTI de hospital pediátrico, com diagnóstico de estenose esofágica e alimentando-se por sonda nasoenteral, para avaliação da Cirurgia Pediátrica (CIPE), devido à disfagia progressiva, vômitos e perda ponderal. Solicitado inicialmente endoscopia digestiva alta (EDA), que revelou redução do calibre esofágico superior. Para melhor avaliação, optou-se pela angiotomografia computadorizada do pescoço e tórax, que detectou a presença de anel vascular formado por artéria subclávia direita aberrante, com origem no arco aórtico após a subclávia esquerda e trajeto retrofaríngeo, caracterizando variação anatômica. Em virtude dos sintomas e dos exames complementares, RPMC foi submetida à correção endovascular, evoluindo, após 3 dias, com importante remissão dos sintomas, tolerando o desmame da analgesia e aceitação progressiva da dieta. Após 8 dias da cirurgia, recebe alta com inibidor de bomba de prótons, sintomáticos e encaminhamento ambulatorial à Gastropediatria.

A disfagia é queixa comum e possui amplo espectro de diagnósticos diferenciais, sendo necessário descartar aqueles de

urgência, como impactação de corpo estranho no esôfago. Em seguida, discrimina-se o diagnóstico da disfagia em distúrbios da motilidade ou causas anatômicas. As manifestações clínicas devido à artéria lusória estão mais comumente associadas à disfagia para sólidos, podendo progredir para alimentos pastosos e líquidos. São ainda possíveis, sintomas respiratórios secundários à compressão sobre a traqueia. Essa apresentação é denominada dispneia lusória e predomina em crianças. O diagnóstico de disfagia lusória necessita de exames complementares, sendo a angiotomografia de tórax, considerada padrão-ouro, por permitir a identificação da artéria lusória e sua relação com o esôfago. Nos assintomáticos ou pouco sintomáticos, o tratamento tende a ser conservador. Sendo o tratamento cirúrgico optado nos casos de disfagia intensa.

A disfagia lusória é uma patologia relevante como diagnóstico diferencial das doenças do esôfago. Exames complementares são necessários na investigação diagnóstica, uma vez que o exame físico tem valor limitado. A angiotomografia é considerada o padrão-ouro, porém a baixa suspeição dessa etiologia pode retardar o diagnóstico e intervenções que impactam na qualidade de vida do paciente.

**Palavras Chaves:** DISFAGIA, ESÔFAGO, ARTÉRIA SUBCLÁVIA, ANGIOTOMOGRAFIA

## Gastroenterologia

### HEPATITE AUTOIMUNE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

**LUDMILLA LOPES (HUAP-UFF), LEONAN LOUREIRO (HUAP-UFF), TAIANE CAMARGO (HUAP-UFF), VIRGINIA DELARMELINA (HUAP-UFF), GABRIELA ROSESTOLATO (HUAP-UFF), CAROLINA RIBEIRO (HUAP-UFF), APRISCLA MENDES (HUAP-UFF), SYLMARA PACHECO (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF)**

A hepatite autoimune (HAI) é uma afecção hepática inflamatória crônica, caracterizada pela elevação da concentração sérica de aminotransferases, presença de autoanticorpos séricos e/ou hipergamaglobulinemia. A classificação da HAI é determinada pela positividade de anticorpos específicos. O diagnóstico clínico é fundamentado na pontuação pelo Escore ERDHAI ou Escore simplificado, sendo indicado o tratamento imediato quando há probabilidade ou confirmação da doença.

Adolescente de 11 anos, previamente hígida, apresentou um quadro de dor e distensão abdominal persistente por 2 meses, associado a edema em face e joelhos, colúria, acolia fecal e icterícia. Ao exame exibiu palidez, icterícia, hepatosplenomegalia e ascite, evoluindo com eritema palmar e sinal de flapping durante a internação. A análise laboratorial revelou anemia normocítica/normocrômica, Coombs Direto positivo, plaquetopenia, hiperbilirrubinemia, hipoalbuminemia e elevação das transaminases hepáticas. Os exames sorológicos para hepatites (A, B e C) foram negativos, porém apresentou positividade IgM para EBV, com PCR para EBV com 5.000 cópias/ml. FAN positivo com padrão misto-nuclear pontilhado e citoplasmático fibrilar linear, além de Anti-DNA positivo. Também apresentava hipergamaglobulinemia policlonal e aumento dos níveis séricos de IgG. O ultrassom com Doppler abdominal evidenciou sinais de doença hepática degenerativa

crônica e sinais de hipertensão portal. A paciente foi diagnosticada com HAI do tipo 1 devido a positividade para FAN e critérios clínicos, não sendo possível a realização de biópsia hepática. Iniciou tratamento com prednisona e azatioprina, apresentando melhora clínica e laboratorial progressiva.

**DISCUSSÃO:** A HAI é uma doença hepática inflamatória progressiva, com início e duração variáveis, sendo considerada uma entidade rara, acometendo, no Brasil, cerca de 5-10% das doenças hepáticas. Afeta predominantemente sexo feminino e se caracteriza pela presença de hipergamaglobulinemia, autoanticorpos circulantes não específicos para órgãos e alterações histológicas hepáticas que incluem infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, hepatite por interface e rosetas de hepatócitos. A HAI pode ser subdividida em 3 tipos com base no perfil sorológico dos autoanticorpos, sendo o tipo 1 associado ao FAN e/ou ao anti-músculo liso, tipo 2 ao Anti-LKM1 e tipo 3 ao anti-SLA/LP, não sendo exclusivos de cada subtipo. Os sintomas são comuns entre eles. O diagnóstico clínico é baseado em escores como o Escore ERDHAI. O tratamento visa suprimir a inflamação hepática e envolve o uso de prednisona em monoterapia ou associada à azatioprina.

A HAI deve ser considerada no diagnóstico de pacientes pediátricos com doença hepática. O uso de escores clínicos auxilia na identificação e no início precoce do tratamento, contribuindo para um prognóstico mais favorável.

**Palavras Chaves:** HEPATITE AUTOIMUNE, ADOLESCENTE

## Gastroenterologia

### EFEITO DO USO DE PROBIÓTICOS EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

**FERNANDA GABRIELLE DE OLIVEIRA BARBOSA (ESTÁCIO DE SÁ), LARISSA BERSOT LESSA (ESTÁCIO DE SÁ), JULIA MACHADO DA SILVA (ESTÁCIO DE SÁ)**

Transtorno do Espectro Autista (TEA), é definido por alterações no desenvolvimento neurológico e interação social, comportamentos repetitivos e estereotipados, além de alterações nos hábitos alimentares, que ocorrem pela seletividade alimentar e pela má absorção de nutrientes, provocando alterações na microbiota intestinal e no equilíbrio do organismo. Esses aspectos podem interferir no eixo cérebro-intestino, que integra centros cognitivos do cérebro às funções entéricas. Assim, os probióticos surgem como uma alternativa, necessitando de estudos que avaliem os efeitos do seu uso na microbiota intestinal e nas manifestações clínicas do TEA.

Este estudo objetiva revisar as alterações da microbiota intestinal, explorando os efeitos e possíveis benefícios do uso de probióticos em pacientes com TEA.

Foi realizada uma busca nas plataformas Lilacs, Scielo e Pubmed, nas Línguas Inglesa e Portuguesa, utilizando os descritores "autism", "intestinal microbiota", "probiotics" e "children". Foram encontrados 50 artigos, dos quais 20 foram excluídos conforme os seguintes critérios:

Ausência de crianças/menores de 18 anos de idade na amostra, Artigos que não abordaram o uso de probióticos, Estudos que não abordaram o TEA, Publicações fora do intervalo entre 2018 e 2023,

Estudos envolvendo camundongos, Estudos piloto, Os artigos restantes foram avaliados por completo pelos autores deste estudo e, por fim, 12 foram excluídos por tangenciar o tema proposto na revisão atual.

Parracho (2023) mostrou que o uso de probióticos por três meses em crianças com TEA provocou melhora dos sintomas intestinais ( $p < 0,01$ ) e das pontuações comportamentais ( $p < 0,05$ ). O mesmo foi visto na revisão sistemática de Qin (2019), com melhora dos mesmos aspectos.

Wang (2020) observou que a associação entre probióticos e frutooligosacarídeos altera a microbiota e melhora as funções gastrointestinal e neurocomportamental, reduzindo a pontuação da escala ATEC, utilizada para monitorar a gravidade do TEA. Niu (2019) também verificou uma melhora nessas pontuações.

Oeste (2018) examinou o uso do probiótico com imunomodulador em crianças com TEA, obtendo redução nos sintomas gastrointestinais e dos sintomas do TEA com diminuição nos escores de gravidade.

Shaaban (2018) verificou aumento de Bifidobactérias e Lactobacilos em amostras de fezes concomitante à redução nos escores de gravidade do autismo ( $p = 0,0001$ ) e dos sintomas gastrointestinais ( $p < 0,0001$ ) ao administrar probióticos.

Contudo, as revisões sistemáticas de Ng (2019) e Song (2022) não puderam concluir a relação entre o uso de probióticos e a melhora clínica do TEA, reiterando a necessidade de mais estudos.

Crianças com TEA costumam apresentar alterações gastrointestinais e a disbiose pode agravar sintomas neurocomportamentais. Assim, embora o uso de probióticos seja promissor, esta é uma área de pesquisa relativamente nova, necessitando de estudos com desenhos mais rigorosos e amostra bem delimitada.

**Palavras Chaves:** AUTISMO, MICROBIOTA, PROBIOTICOS

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS À CONSOPERJ E ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE PEDIATRIA UNESA

## Gastroenterologia

### HEMANGIOENDOTELIOMA MULTIFOCAL INFANTIL

**MANUELA RODRIGUES BORSATTO (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS), MILENA TAMMY DOS SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS), ENEIDA QUADRIO DE OLIVEIRA VEIGA (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS), ÁLVARO JOSÉ MARTINS DE OLIVEIRA VEIGA (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS), SÍLVIA ANDERSON CRUZ (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS)**

O hemangioendotelioma hepático (HH) é classificado como um tumor benigno que pode apresentar uma progressão complicada, por exemplo: insuficiência cardíaca de alto débito. Essa evolução do quadro ocorre em função do aumento do fluxo sanguíneo devido a neovascularização hepática (FREITAS DE FRANÇA et al 2016).

Relatar um caso de hemangioendotelioma hepático infantil (HHI) no recém-nascido (RN).

Pré-escolar com 4 anos, nascido a termo, pré-natal iniciado no 2º trimestre com 7 consultas, parto cesáreo por DPP, pesando 3045g, realizou fototerapia por 4 dias, cessada devido a aumento de BD e GGT. Iniciada investigação com ultrassonografia (USG)

abdominal total normal, teste do pezinho ampliado sem alterações, sorologias negativas (Citomegalovírus, Hepatite A, B e C, Epstein Barr, Toxoplasmose, HIV, VDRL), alfa 1 antitripsina normal, urinocultura negativa, Ecocardiograma (FOP e CIV, insuficiência tricúspide leve/moderada e insuficiência mitral leve). Encaminhado ao ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica após alta da UCINCo com 24 dias de vida para tratamento de icterícia neonatal. Novos exames laboratoriais revelaram aumento de BD, TGO, TGP, GGT e alterações no TAP e PTT. No primeiro mês de vida, a mãe relatou o surgimento de hemangiomas no abdômen, antebraço, região palmar e dorsal das mãos, região occipital e pré-auricular. Solicitada nova USG abdominal com 2 meses, que indicou imagem sugestiva de HH. A tomografia (TC) de abdome confirmou diagnóstico de HH multifocal no fígado. O tratamento envolveu Betabloqueador (propranolol) por 1 ano e prednisolona por 6 meses. A criança permaneceu estável, sem descompensação cardiocirculatória. Após 1 ano de tratamento, evoluiu com resolução quase total dos hemangiomas da pele e USG abdominal sem alterações.

O HHI no RN teve impacto notável, incluindo colestase e elevações em FA, GGT, TGO, TGP nos primeiros dias de vida, associadas a hemangiomas cutâneos. A TC abdominal revelou imagens nodulares hipervasculares no fígado. Segundo a epidemiologia, esses sintomas surgem nos primeiros seis meses de vida. Geralmente, o HHI afeta as células endoteliais, podendo manifestar-se na pele, baço ou fígado, sendo este o local no caso relatado. O quadro clínico varia de acordo com a localização e tamanho do tumor, podendo ser assintomático quando pequeno. Sintomático, pode incluir coagulopatia, insuficiência cardíaca, massa abdominal e hepatomegalia. A abordagem terapêutica depende da localização, tamanho e quadro clínico. No caso relatado, adotou-se uma abordagem conservadora com prednisolona e propranolol. Apesar da relação risco-benefício do propranolol não ser clara, ajudou a prevenir complicações graves, principais causas de morbimortalidade.

O HHI é um tumor grave que requer diagnóstico precoce para um tratamento adequado. Descrições detalhadas deste tipo de tumor hepático são essenciais para um diagnóstico precoce, visando prevenir complicações intratáveis.

**Palavras Chaves:** NEOPLASIAS HEPÁTICAS, FÍGADO, COLESTASE, PEDIATRIA

## Gastroenterologia

### SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA PEDIATRIA E O IMPACTO NA QUALIDADE VIDA COM O TRATAMENTO - RELATO DE CASO

**THAIS RIOS (HUAP-UFF), LUDMILA LOPES (HUAP-UFF), MAGALI DAMITIO (HUAP-UFF), GABRIELA ROSESTOLATO (HUAP-UFF), TAIANE CAMARGO (HUAP-UFF), VIRGINIA DELARMELENA (HUAP-UFF), CLAUDETE CARDOSO (HUAP-UFF), SYLMARA PACHECO (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF)**

A síndrome do intestino irritável (SII) é um distúrbio gastrointestinal crônico e recorrente de origem funcional,

caracterizado por dor abdominal relacionada à evacuação, alterações na frequência e consistência das fezes, com um impacto significativo na qualidade de vida.

Adolescente do sexo masculino, 11 anos de idade, em acompanhamento no Ambulatório de Pediatria Geral. Apresenta episódios intermitentes de diarreia há 2 anos, com cerca de 3 evacuações líquidas e pastosas por dia, sem sangue ou muco. Refere ainda episódios de constipação e ocasionalmente escape fecal noturno, além de dores abdominais intermitentes na região abdominal, intensidade de 8/10, não relacionadas à ingestão de alimentos. O paciente era acompanhado pela psiquiatria devido a estresse/ansiedade pós-traumático com associação temporal com o início dos sintomas gastrointestinais, apresentando ansiedade incapacitante em algumas situações. Não se observou alterações no exame físico, de imagens ou laboratoriais, incluindo endoscopia digestiva alta com biópsia, dosagem de anticorpos para diagnóstico de doença celíaca, ultrassom abdominal, teste do suor, radiografia abdominal, pesquisa de sangue oculto nas fezes e função tireoidiana (TSH e T4L). Após extenso processo de investigação e construção de uma relação sólida entre médico e paciente, foi feito o diagnóstico de SII.

**DISCUSSÃO:** A SII é uma condição comum em pediatria, cuja fisiopatologia é multifatorial e envolve interação entre cérebro e intestino. Há uma forte associação com estresse crônico. Não existem exames específicos para o diagnóstico da SII, sendo um diagnóstico de exclusão baseado nos critérios de Roma IV. Pacientes com SII também experimentam sofrimento psicológico, com uma prevalência de 40-60% de associação com doença psiquiátrica. Após exclusão de outras possíveis causas por meio de exames de imagem e laboratoriais, o diagnóstico diferencial da SII foi considerado para o paciente, visto que ele atendia aos critérios estabelecidos pelo consenso de Roma IV. Além disso, a correlação fisiopatológica entre os sintomas gastrointestinais e o estresse crônico no eixo cérebro-intestino do paciente também apoiou o diagnóstico. Como parte do tratamento, foi iniciada uma abordagem com atividade física, dieta com baixo teor de FODMAPs, seguimento ambulatorial psicológico e psiquiátrico, com melhora clínica significativa, notadamente melhora do humor e do bem-estar geral.

A SII tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e muitas vezes é subdiagnosticada devido à falta de conhecimento médico. É fundamental estabelecer uma boa relação médico-paciente, uma vez que o diagnóstico se baseia principalmente na história clínica.

**Palavras Chaves:** SINDROME DO INTESTINO IRRITAVEL, DOR ABDOMINAL

## Adolescência

# ESTUDO DESCRITIVO DE LESÕES AUTOPROVOCADAS ENTRE ADOLESCENTES DE 10 A 14 ANOS NO BRASIL.

EMANUELA PEREIRA BARROSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CAMPUS MACAÉ), JÚLIA D'NÍCOLAS SANTOS

**RAMIS. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CAMPUS MACAÉ), GUSTAVO VIEIRA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CAMPUS MACAÉ)**

A violência é um fenômeno que impacta negativamente na qualidade de vida da população jovem, levando ao aumento dos custos com cuidados em saúde, desestruturação familiar e pessoal, entre outros. A transição da infância para a adolescência representa um período crítico para a formação do indivíduo e torna esse grupo vulnerável a diversos tipos de violência, sobretudo, a comportamentos autolesivos. Nesse sentido, uma prática conhecida como lesão autoprovocada, a qual é definida como comportamento suicida e/ou autoagressão, tem se mostrado expressiva entre o grupo de adolescentes. Em vista disso, delinear o perfil epidemiológico das tentativas de suicídio e autoagressão é relevante, pois permite a identificação dos fatores de risco aos quais os adolescentes estão expostos e fornece subsídios para a criação de políticas públicas de saúde.

O presente trabalho teve como objetivo delinear o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas entre adolescentes de 10 a 14 anos no Brasil, levando em consideração as notificações realizadas no período de 2018 a 2022.

Trata-se de um estudo descritivo sobre notificações de lesões autoprovocadas ocorridas entre adolescentes de 10 a 14 anos no Brasil. Os dados são oriundos do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes/Sistema de Informação de Agravos de Notificação - (VIVA/Sinan). Foram selecionadas para análise as notificações que, no campo 'lesão autoprovocada' e 'própria pessoa', encontravam-se demarcadas como 'sim', para análise, foram consideradas as variáveis: raça, sexo, região, meio utilizado e local de ocorrência.

Entre os anos de 2018 e 2022, houve no país 49.298 notificações de lesão autoprovocada em adolescentes de 10 a 14 anos, realizadas pelos serviços de saúde. Esse fenômeno foi predominante em indivíduos brancos (47,3%), seguidos de pardos (37,4%) e pretos (6,1%). Com relação ao sexo, a lesão autoprovocada foi predominante entre o feminino (86,5%), sendo as mulheres brancas o grupo que liderou o número de notificações (47,5%). Ademais, a região Sudeste ocupou o primeiro lugar de casos notificados entre as macrorregiões. O envenenamento se destacou como o meio mais frequentemente utilizado de lesões autoprovocadas (51,5%) seguido da utilização de objeto perfurocortante (34,3%), independente de sexo e raça. Além disso, o principal local onde os adolescentes provocaram autolesões foi na própria residência, somando um total de 41.076 casos (83,3%).

De acordo com os resultados apresentados, os números de lesões autoprovocadas são elevados, revelando a proporção desse fenômeno. O perfil epidemiológico foi caracterizado pelo sexo feminino, cor/raça branca, predominantemente no Sudeste, com o envenenamento sendo o mais frequente dos meios utilizados. Por meio desse conhecimento, é possível identificar os fatores de risco e fornecer subsídios para que os serviços de saúde se preparem de forma mais adequada para promover ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção aos adolescentes.

**Palavras Chaves:** VIOLÊNCIA, LESÃO AUTOPROVOCADA, ADOLESCENTE

## Adolescência

# ADOLESCENTE COM COMPLICAÇÕES DE TETRALOGIA DE FALLOT SEM ACOMPANHAMENTO POR 12 ANOS: UM RELATO DE CASO

**LAURA SOLA BLOISE (UERJ), MARIA CLARA RANGEL DA SILVA (UERJ), CLARA VITRAL CASTELLO BRANCO (UERJ), FABIANA BARRETO GOULART DELEAGE (UERJ)**

Na Tetralogia de Fallot (TF) há comunicação interventricular, dextroposição da aorta, hipertrofia ventricular direita e obstrução da via de saída do ventrículo direito. Na ausência de cirurgias corretivas, há aumento da morbimortalidade, sendo necessário que o paciente seja submetido à correção completa nos primeiros meses de vida. No entanto, é necessário acompanhamento regular para garantir melhor qualidade de vida e avaliar a possível e frequente necessidade de novas intervenções.

C. S. O., 17 anos. Diagnosticada com TF tipo atresia pulmonar ao nascer, realizou a primeira correção cirúrgica nos primeiros dias de vida e cirurgia de Blalock Taussig em 2010, quando necessitou de traqueostomia, sendo liberada com cânula metálica para acompanhamento ambulatorial. A menor descontinuou o acompanhamento até julho de 2022, quando compareceu ao hospital devido a fragmentação da endocânula metálica em virtude do péssimo estado de conservação. Realizou cervicotomia anterior e broncoscopia para retirada dos fragmentos e foi transferida para outro hospital. Na admissão, apresentava cianose de extremidades, baqueteamento digital e hipoxemia em oximetria de pulso de 80% em ar ambiente. Não foram realizadas intervenções para retirada de fragmentos restantes e optado por decanulação após 70 dias de internação. No entanto, a paciente apresentou descompensação da doença de base associada a endocardite infecciosa e insuficiência respiratória, sendo realizada ampliação da via de saída de VD e retirada de vegetações em valvas aórtica e tricúspide. Atualmente, segue internada em leito de enfermaria, estável hemodinamicamente, mantendo saturação de 92-97% em ar ambiente, em recuperação nutricional devido a desnutrição grave. A paciente é a terceira filha de seis e nunca frequentou a escola. Mãe possui patologia psiquiátrica a esclarecer e não sai de casa. Pai trabalha como garçom. Atualmente, mora com os avós paternos em casa sem coleta de lixo, sem água filtrada e sem saneamento básico.

Discussão do caso:

Após o reparo cirúrgico, a maioria dos pacientes com TF cursam com regurgitação pulmonar, a qual, ao longo do tempo, pode gerar insuficiência de VD, arritmias e morte súbita. Além disso, a função pulmonar também é afetada negativamente mesmo depois do reparo, devido a baixa perfusão do parênquima pulmonar.

No caso relatado, as complicações naturais da doença se desenvolveram livremente pela ausência de acompanhamento. A história social da paciente associada à traqueostomia revela uma vulnerabilidade que também contribuiu para outras comorbidades, como magreza extrema e atraso puberal.

Conclusão:

Tanto a história natural da doença quanto a vulnerabilidade social da paciente levaram a múltiplas complicações de difícil solução. A abordagem ao problema deve ter acompanhamento da área médica, fisioterapia, nutrição e assistência social, destacando-

se que a questão social agrava a patologia de base, visando o tratamento multidisciplinar.

**Palavras Chaves:** TETRALOGIA DE FALLOT, DESNUTRIÇÃO, ADOLESCÊNCIA

## Adolescência

### A CONSULTA DO ADOLESCENTE E A QUEBRA DE SIGILO

**ANNA CAROLINA FARIA DE FREITAS (UNESA), ELIZABETH ALT PARENT (UNESA), BÁRBARA DE OLIVEIRA VAZ (UNESA), MARCELLA PENICHE (UNESA), MARIA FERNANDA COSTA (UNESA), RAYSA ALVES RODRIGUES (UNESA), VALENTINA FONTES (UNESA), VICTÓRIA NASSEH (UNESA), ANTONIO FELIPE ROCHA RANGEL (UNESA), LUCAS ALEXANDRE GOMES DE OLIVEIRA (UNESA)**

O sigilo profissional é um aspecto fundamental na relação médico-paciente, e a quebra do mesmo pode indicar uma violação dos direitos humanos, causando constrangimento ao paciente. A conduta do profissional de saúde em relação à quebra de sigilo na consulta do adolescente é uma questão complexa e crucial, visto ser a adolescência um período de intensas mudanças e vulnerabilidade na vida do indivíduo, devendo respeitar os direitos e a autonomia, sempre que possível. Entretanto, existem situações em que a quebra de sigilo se faz necessária para garantir a segurança do adolescente e demais pessoas de seu contato.

Discorrer sobre o sigilo médico na consulta do adolescente e discutir as situações em que está autorizada sua quebra.

Revisão integrativa de literatura com pesquisa nas bases de dados PUBMED e SCIELO, buscando artigos dos últimos 10 anos, nos idiomas português, espanhol e inglês, utilizando-se os descritores: "sigilo médico", "consulta do adolescente", "autonomia do paciente", "adolescente". Foram selecionados 12 artigos para a confecção da pesquisa, os quais foram lidos na íntegra.

O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece as crianças e adolescentes como titulares de direitos, reconhecendo a importância de proteção integral pela família, sociedade e Estado. O adolescente deve ser informado previamente sobre a quebra do sigilo, preservando-se a relação de confiança e respeito. Se houver riscos à saúde ou integridade da vida do paciente ou de terceiros, abuso de drogas, não adesão a tratamentos, doenças graves ou procedimentos de maior complexidade, o sigilo deve ser rompido. Segredos íntimos próprios da adolescência não requerem sua quebra. Adolescentes podem decidir sobre sua vida sexual e reprodutiva, e o acesso a informações educativas e à contracepção é um direito fundamental do ser humano. Prescrição de contraceptivos para menores de 15 anos não é um ato ilícito desde que o profissional avalie criteriosamente o caso e descarte a possibilidade de violência sexual. Tais situações requerem do profissional de saúde bastante conhecimento, boa capacidade de tomada de decisão e habilidade em conciliar conflitos éticos, haja vista a complexidade do tema.

O sigilo é um dever do médico e um direito do paciente. O reconhecimento do adolescente como cidadão por parte do profissional de saúde deve ser permanentemente pleiteado. Faz-se necessária a capacitação do médico para conhecer os motivos que demandam a quebra de sigilo na consulta do adolescente,



fomentando a produção de um cuidado qualificado a essa parcela da população.

**Palavras Chaves:** SIGILO MÉDICO, AUTONOMIA DO PACIENTE E ADOLESCENTE

## Adolescência

### ACHADO INCIDENTAL DE MICROLITÍASE TESTICULAR EM PACIENTE ADOLESCENTE: UM RELATO DE CASO

**ISABELA SOBRINHO MAIO (UNIRIO), LEONAM DE FREITAS AZEVEDO LOUREIRO (UFF), NICOLE CHICRALLA MARTINS (UNIRIO), YAN RAIMUNDO NASCIMENTO FURTADO (UNIRIO), MARCELO CESAR MONTEIRO MARTINS (CLÍNICA DIAGNOSE DE CAMPOS)**

A Microlitíase Testicular (MT) é definida pela presença de múltiplos focos hiperecóticos entre 1 e 3 mm à ultrassonografia (USG). Tais microcalcificações podem ser encontradas de forma dispersa, periféricamente ou de modo segmentar pelo parênquima testicular.

No tangente ao estudo da doença, o diagnóstico de MT vem sendo obtido de maneira mais corriqueira, devido à disseminação do uso da ultrassonografia (USG) de alta resolução.

Embora haja a facilitação do diagnóstico, a etiologia da MT ainda é desconhecida, sendo associada a diferentes causas, como síndromes genéticas (principalmente Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Down e McCune-Albright), Hiperplasia Adrenal Congênita, Criptorquidia, Varicocele, Torção dos Testículos e Fibrose Cística.

Paciente do sexo masculino, 17 anos, sem queixas acerca da região escrotal e ausência de patologias progressivas relacionadas, realiza USG de rotina para avaliação testicular.

Ao exame de imagem, é observado MT com inúmeras microcalcificações dispersas no parênquima testicular. Além disso, foi também detectada a presença de cistos e varicocele à esquerda.

Em uma análise das produções científicas sobre o assunto, foi notada a ausência de estudos que avaliem de forma confiável a prevalência da MT, visto que o estudo com a maior população está desatualizado e o restante possui uma amostra não homogênea.

Em casos de diagnóstico de MT, é recomendado o acompanhamento por USG semestralmente e a realização de teste de fertilidade em idade adulta, a pedido do paciente. Ainda assim, não há conclusão da correlação causa-efeito de MT e infertilidade, sendo relacionado a outras afecções do sistema reprodutor. Além disso, o encontro de um caso tão rico em um paciente que não passou por trauma testicular prévio e nem apresenta nenhuma das síndromes relacionadas à patologia atenta para a importância do USG de rotina na detecção da MT.

Portanto, devido ao baixo número de estudos acerca da MT, somado ao possível risco da doença causar infertilidade, é importante que os profissionais se atentem mais para esta comorbidade.

**Palavras Chaves:** MICROLITÍASE TESTICULAR, USG, MICROCALCIFICAÇÕES.

## Adolescência

### COMO A COVID 19 AFETOU OS CASOS DE LESÃO AUTOPROVOCADA EM ADOLESCENTES DE 10 A 14 ANOS: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

**EMANUELA PEREIRA BARROSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO), GUSTAVOVIEIRA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)**

A adolescência caracteriza-se por um período transicional em que o indivíduo passa por profundas transformações físicas e psíquicas. As particularidades próprias dessa fase são responsáveis por aumentar o risco de lesão autoprovocada, definida como comportamento suicida ou de autoagressão. Durante a pandemia causada pela doença do Coronavírus em 2019 (COVID-19), sentimentos negativos foram amplificados pelo medo de infecção, distanciamento social, insegurança quanto ao futuro, o que amplificou esse problema. Dito isso, é perceptível que o comportamento autolesivo entre jovens antecede a COVID-19 e a possibilidade de seu agravamento durante a pandemia é preocupante.

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise comparativa das notificações registradas no Datasus sobre lesões autoprovocadas em jovens de 10 a 14 anos entre os anos de 2018 a 2022 para entender as tendências desse fenômeno.

Utilizando-se do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes/Sistema de Informação de Agravos de Notificação - (VIVA/Sinan), foram selecionados dados referentes às notificações de lesões autoprovocadas por adolescentes de 10 a 14 anos entre os anos de 2018 e 2022 no Brasil. Foram selecionadas para análise as notificações que, no campo 'lesão autoprovocada' e 'própria pessoa', encontravam-se demarcadas como 'sim'.

Nos anos de 2018 e 2019 observou-se um total de 7.539 e 11.643 casos notificados de lesão autoprovocada pelo VIVA/Sinan, respectivamente. Em 2018, esse fenômeno foi predominante em mulheres (84,2%) e, quanto a raça, em pessoas brancas (49,3%). Esse padrão se repetiu nos anos subsequentes, em 2019, a raça/etnia branca (48%) e o gênero feminino (85,3%) se mantiveram em primeiro lugar nos casos notificados. No ano de 2020, marcado pela pandemia da COVID-19 e pela quarentena, houveram 6.800 notificações registradas, o que marca esse período com o menor número absoluto de casos dentro do período avaliado, dentre essas 85,9% diziam respeito ao gênero feminino e 45,2% a pessoas brancas. Nos anos seguintes, 2021 e 2022, o número de notificações voltou a apresentar um aumento, superando os anos anteriores, foram registrados 9.791 e 13.525 casos de lesão autoprovocada, respectivamente. Em ambos, as mulheres continuaram liderando o número de notificações (88,2% em 2021 e 87,8% em 2022), bem como a etnia/raça branca (48,2% em 2021 e 45,9% em 2022).

É evidente a redução nos casos notificados de lesão autoprovocada entre jovens de 10 a 14 anos em 2020 quando comparado aos outros anos dentro do período analisado, entretanto, essa diminuição não necessariamente reflete uma queda real nas ocorrências. Em suma, os resultados apresentados reforçam que, embora a identificação epidemiológica do comportamento suicida e autolesivo seja importante para delimitar estratégias de cuidado, os profissionais da saúde devem estar aptos para interpretá-los e manejá-los de forma adequada.

## Adolescência

### LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SOBRE CIGARRO ELETRÔNICO NO REDDIT: QUAIS OS PRINCIPAIS TEMAS QUE PRECISAMOS TRABALHAR NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS ADOLESCENTES?

MARIA CLARA CARLOS NUNES (UFRJ), GABRIELA ARAKAKI FARIA (UFRJ), MARIANA MARIAH IDALGO DA COSTA (UFRJ), GIOVANA LUISA MOREIRA LIMA (UFRJ), BIANCA DIAS DA COSTA (UFRJ), MATHEUS MENDONÇA DE PAULA (UFRJ), ISABELA GAUDENCIO SANTOS (UFRJ), MARCELO HIDEKI SUGAHARA PIRES (UFRJ), PEDRO CORRÊA MAVROPOULOS (UFRJ), CAROLINA COSTA (UFRJ)

O tabagismo é uma doença pediátrica importante e que necessita da devida atenção. O presente estudo busca expor um panorama geral das motivações e mecanismos que levam jovens e adolescentes a utilizarem os cigarros eletrônicos de maneira recreativa e abusiva.

Desse modo, objetiva-se obter informações que reflitam de maneira mais fidedigna os fatores que deflagram o hábito do fumo entre jovens, suas visões acerca do tabagismo, assim como identificar grupos contrários e a favor à utilização de cigarros eletrônicos, por meio de uma estratégia pouco explorada pela literatura científica usual: comentários na rede social Reddit.

Foram analisados fóruns nacionais e internacionais no Reddit - sob a busca das seguintes palavras-chave: "vape", "juul", "pod", "fumar", "pendrive" e "nicotina" - em que jovens relatam experiências pessoais e trocam opiniões sobre uso de cigarro e os motivos que os levaram a começar a fumar.

Os resultados da pesquisa elucidaram os motivos pessoais pelos quais os jovens iniciaram o uso de cigarros eletrônicos. Os principais e mais citados são problemas psicológicos como a depressão, ansiedade e estresse relacionados ao ambiente escolar ou familiar. Outros internautas pontuaram a sensação e o sabor atrativo dos vapes como fator preponderante para adotar o hábito. A curiosidade e a troca do cigarro convencional para o vape também foram mencionados. Entre todos esses fatores, a causa mais citada e expressiva para iniciar o vape foi a pressão social no círculo de amigos que já fumavam.

A pesquisa também foi capaz de constatar que a população jovem detém pouco conhecimento acerca dos perigos e dos danos causados pelo cigarro eletrônico. Parte dos adolescentes, principalmente em fóruns internacionais, minimizou o vício e a periculosidade dos vapes, através do uso de memes como forma de deboche. Esses jovens afirmam que o uso dos cigarros eletrônicos é vergonhoso e tosco, justificando ser apenas um "flavoured air" - ar com gosto, em tradução livre. Observamos então, a existência de dois grupos igualmente expressivos: o grupo de jovens que começou a vaporizar por influência do meio e outro que se posiciona veementemente contra os cigarros eletrônicos.

Portanto, o estudo destaca a complexidade dos aspectos que envolvem os jovens e adolescentes em relação ao tabagismo. Nesse âmbito, os resultados demonstram que pressões sociais, problemas

psicológicos e a atração sensorial dos cigarros eletrônicos desempenham um papel relevante no uso desse grupo estudado. Contudo, é relevante abordar que não há um consenso claro entre os jovens, pois um grupo considerável se opõe firmemente ao uso de cigarros eletrônicos. Além disso, a pesquisa evidencia a carência de informação entre o público acerca dos danos relacionados aos cigarros eletrônicos, proporcionando uma banalização de seu uso. Por fim, a implementação de políticas de saúde pública e intervenções direcionadas a essa faixa etária são cruciais no controle dessa doença pediátrica.

Palavras Chaves: CIGARRO ELETRÔNICO, VAPE, RELATOS, REDDIT, EXPERIÊNCIA

## Nefrologia

### SÍNDROME NEFRÓTICA NA INFÂNCIA: DESAFIOS TERAPÊUTICOS E COMPLICAÇÕES - RELATO DE CASO

THAIS RIOS (HUAP-UFF), LUDMILA LOPES (HUAP-UFF), ROSHELLE BALEIXO (HUAP-UFF), MAGALI DAMITIO (HUAP-UFF), VIRGINIA DELARMELINA (HUAP-UFF), APRISCLA MENDES (HUAP-UFF), GABRIELA ROSESTOLATO (HUAP-UFF), FERNANDA VEIGA (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF)

A síndrome nefrótica (SN) é caracterizada por aumento da permeabilidade da barreira de ultrafiltração glomerular, com características como proteinúria >50mg/kg/dia, albumina sérica <3 g/dl, edema e hiperlipidemia. A forma mais comum na pediatria é a SN idiopática, que responde a corticosteróides em cerca de 90% dos casos, mas 3-10% se tornam-se resistentes após resposta inicial.

Adolescente, com história de acompanhamento irregular no ambulatório de nefrologia, há dez anos com diagnóstico de síndrome nefrótica córtico-sensível com cinco episódios de descompensação nesse período. Após dois anos sem acompanhamento, ele foi admitido na emergência pediátrica com anasarca, febre, vômitos e dor abdominal. Ao exame físico, apresentava edema em membros inferiores e superiores, distensão abdominal dolorosa, macicez móvel, fígado palpável, ausculta pulmonar com estertor crepitante nas bases. O tratamento incluiu ampicilina-sulbactam 200mg/kg/dia, furosemida 2mg/kg/dia e albumina 50mg/dia, anlodipino 5mg/dia e restrição hídrica. No exame de imagem apresentava rins aumentados, ascite e derrame pleural bilateral nas bases. A paracentese diagnosticou peritonite bacteriana, com contagem de leucócitos de 21.300 e 98% de polimorfonucleares com culturas de líquido ascítico negativa. A proteinúria de 24 horas foi de 11.416mg/24h, com albumina sérica de 1,5 mg/dl. Devido a anormalidades laboratoriais (aumento de VHS, ácido úrico, LDH) e sinais de linfadenomegalia, foi realizado exame de imagem para investigar possível linfoma de Hodgkin, uma associação previamente descrita com a SN, com resultado normal. Durante a internação, desenvolveu hipertensão estágio 1, exigindo o uso de enalapril e sinvastatina devido à hipercolesterolemia. Uma biópsia renal revelou sinéquias e alterações podocitárias, sugerindo glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF), mas não foi possível obter amostras de glomérulos suficientes para o diagnóstico definitivo.

**DISCUSSÃO:** A SN é caracterizada por proteinúria, hipoalbuminemia e edema, com possíveis complicações, como hipertensão, hematuria, hipovolemia, infecções, tromboembolismo e pancreatite. O diagnóstico é estabelecido com base em critérios específicos, incluindo proteinúria >50mg/kg/dia e hipoalbuminemia <3g/dl. A SN idiopática é a forma mais comum na pediatria, frequentemente associada a lesão mínima, embora a glomerulosclerose segmentar e focal (GESF) também possa ocorrer. No caso relatado, a evolução clínica complicada incluiu recorrência da síndrome, presença de anasarca, peritonite bacteriana e hipertensão.

O diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado são cruciais para reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida em pacientes com SN. O tratamento adequado, direcionado ao subtipo glomerular, desempenha um papel fundamental no manejo de casos desafiadores como o apresentado.

**Palavras Chaves:** SINDROME NEFRÓTICA, PEDIATRIA

## Nefrologia

### ADENITE E GLOMERULONEFRITE PÓS-ESTREPTOCÓCICA EM ESCOLAR

**INES BEATRIZ CALDAS SENDAS DO NASCIMENTO BRITO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), JOÃO GABRIEL TAVARES BRUNO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), JOAO PEDRO MARINS BRUM BRITO DA COSTA (IDOMED), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

A glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica (GNPE) é sequela tardia não supurativa da infecção de orofaringe ou pele por cepas nefritogênicas de estreptococos  $\beta$ -hemolíticos do grupo A. Ocorre, principalmente, nas faixas pré-escolar e escolar, em média aos 7 anos de idade.

Apresenta clínica pleomórfica, podendo ser assintomático até desfechos graves, tendo como principal diagnóstico sintomático, a síndrome nefrítica. No entanto, muitas vezes, pôde-se ter um componente nefrótico associado, com potencial de evolução para quadros mais graves como insuficiência cardíaca congestiva, encefalopatia hipertensiva e insuficiência renal aguda.

Masculino, 4 anos, deu entrada ao serviço de pediatria por adenite cervical à esquerda e anasarca. Ao exame físico na admissão, possuía pressão arterial de 110x70 mmHg e região cervical com nodulação em lado esquerdo de 10 cm de diâmetro, consistência pétreia e indolor à palpação. Além disso, sopro pansistólico mais audível em foco mitral e abdome globoso.

Mãe relata que paciente teve diagnóstico de impetigo um mês antes da internação, com antibioticoterapia prescrita mas suspensa por conta própria pela progenitora e alterando para tratamento pseudocientífico com banhos caseiros e sabonete de enxofre, obtendo melhora estética do quadro. O paciente evoluiu com cefaléia, febre e anasarca. Mãe procura novamente emergência, onde foi reparada tumoração em cervical esquerda, sendo internado e transferido para o serviço de pediatria hospitalar. Durante o período, apresentou hematuria e proteinúria concomitante à melhora da anasarca, perda de 3 quilos durante internação. Realizou 3 dias de cefuroxima IV na unidade respondendo ao tratamento com diminuição da linfadenomegalia e sem hematuria. Ecocardiograma

normal. Alta hospitalar em D4, com antibioticoterapia oral por mais 7 dias com amoxicilina e clavulanato e orientação de acompanhamento em saúde básica.

A GNPE apresenta-se com edema, hipertensão e hematuria. A anamnese revelando faringoamigdalite 2 semanas antes do início do quadro ou impetigo até 6 semanas antes, auxilia no diagnóstico.

O exame de sedimento urinário evidencia hematuria com dismorfismo eritrocitário, cilindros hemáticos, cilindros granulosos e proteinúria discreta (nefrótica em cerca de 5% dos casos). Outrossim, a dosagem de CH50 e C3 é de grande valia por estarem reduzidos em 90% dos casos.

Em geral, o edema precede a hematuria macroscópica em um terço dos casos, com duração de 1-3 semanas, já a microscópica pode persistir por meses a 4 anos. A hipertensão arterial é observada em 60-80% dos casos conseqüente a retenção hídrica e acúmulo de sódio. Pode evoluir para emergência hipertensiva com encefalopatia, insuficiência cardíaca e/ou edema pulmonar, redução da taxa de filtração glomerular, acidose metabólica e hipercalemia.

Embora raro, o componente nefrótico na síndrome nefrítica característica da GNPE, não deve excluir a hipótese da mesma, uma vez que esse pode ocorrer em 5% dos casos.

**Palavras Chaves:** ADENITE, GLOMERULONEFRITE POS ESTREPTOCOCICA, PEDIATRIA

## Nefrologia

### NEFROPATIA MEMBRANOSA IDIOPÁTICA NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA - RELATO DE CASO

**APRISCLA MENDES (HUAP-UFF), LUDMILA LOPES (HUAP-UFF), VIRGINIA DELARMELENA (HUAP-UFF), GABRIELA ROSESTOLATO (HUAP-UFF), CAROLINA RIBEIRO (HUAP-UFF), TAIANE CAMARGO (HUAP-UFF), THAIS RIOS (HUAP-UFF), FERNANDA VEIGA (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF)**

As síndromes nefrítica e nefrótica são apresentações comuns de doenças glomerulares. A nefrítica é caracterizada por inflamação glomerular, manifestando-se com hematuria, edema e hipertensão, enquanto a nefrótica apresenta proteinúria maciça. Os sintomas podem se sobrepor, dificultando o diagnóstico.

Paciente do sexo masculino, 10 anos, caucasiano, previamente hígido, com histórico de hiperemia facial crônica. Iniciou quadro de edema em MMII (membros inferiores) e face, associado a dispneia e urina espumosa. No primeiro atendimento não foi fechado diagnóstico e foi prescrito antibioticoterapia oral, antiparasitário e tratamento sintomático, com melhora parcial do quadro. Porém, os sintomas retornaram, surgindo livedo reticular. Em nova avaliação, o paciente foi internado e iniciado corticoide, albumina, furosemida, antibioticoterapia para tratamento de infecção complicada das vias aéreas superiores. Apresentava EAS (exame de urina simples) com hematuria (22-25 hemácias por campo, 3.104,2mg de proteinúria de 24h e relação proteína/creatinina (spot) de 11.839,42. Exame físico evidenciou múltiplas cáries e abscessos dentários e hipertensão arterial estágio 2. Foi iniciado tratamento anti-hipertensivo e antibioticoterapia, seguida por corticoterapia com prednisona

2mg/kg/dia, após profilaxia de estrogiloidíase. Manteve débito urinário satisfatório durante todo período e a biópsia renal evidenciou nefropatia membranosa.

A nefropatia membranosa (MN) é uma doença glomerular que exibe deposição subepitelial de imunocomplexos e espessamento da parede capilar. Na faixa etária pediátrica, a incidência é menor e geralmente está associada a doenças sistêmicas. As formas secundárias de MN requerem tratamento da doença subjacente. É uma patologia incomum na população pediátrica. A biópsia renal é essencial para o diagnóstico etiológico, embora ainda apresente custo elevado e possibilidade de complicações. A remissão espontânea é comum em pacientes pediátricos e a função renal costuma ser normal na apresentação inicial. A progressão para doença renal crônica (DRC) é rara nas crianças. A manifestação clínica mais comum de MN em pacientes pediátricos é a proteinúria nefrótica (>50mg/kg/dia) ou a síndrome nefrótica cortico-resistente, sendo a proteinúria combinada com hematúria a forma mais comum. Apresentações incomuns de afecções renais e a presença em faixa etária diferentes das habitualmente vistas podem ser desafiadoras para diagnóstico e manejo e a biópsia renal é essencial na avaliação do prognóstico e condução.

O diagnóstico das patologias renais pode ser desafiador quando a manifestação clínica se apresenta de forma atípica. A biópsia renal, quando disponível, é capaz de elucidar a investigação e direcionar a terapêutica, devendo, sempre que possível, ser solicitada. Recentemente, foram identificados dois antígenos específicos (PLA2R e THSD7A) que estão relacionados à MN e que podem ser usados para diagnóstico e monitoramento em pacientes pediátricos.

**Palavras Chaves:** NEFROPATIA MEMBRANOSA, DOENÇA RENAL

## Nefrologia

### VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR, SEMPRE DEVEMOS PENSAR NESTA HIPÓTESE: RELATO DE CASO

**GIOVANNA SANTOS MIRANDA MENDES (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO AFYA ), JULIA PINCELLI TAVARES VIVACQUA (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO AFYA ), ISABELA ALVES MACHADO (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO AFYA ), BRUNA PACHECO DE ASSUNÇÃO (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO AFYA), MIRIAM TERESA CAPETTI PORTO (ORIENTADORA )**

Apresentamos um caso de um lactente que chegou a unidade de saúde com queixas clássicas de infecção do trato urinário e posteriormente foi fechado o seu diagnóstico de Válvula da uretra posterior (VUP). Ao decorrer do trabalho serão abordados: os principais pontos da VUP, a importância de seu diagnóstico precoce e se possível ainda em período intrauterino.

Lactente, masculino, deu entrada em unidade de saúde na cidade do Rio de Janeiro, com sintomatologia concomitantes ao seu quadro clínico principal (VUP), sendo uma delas a infecção do trato urinário (ITU). Desse modo, sabe-se que a ITU é uma doença recorrente em pacientes que apresentam uropatias obstrutivas uma vez que apresentam alterações anatômicas e funcionais do sistema urinário que favorecem o aparecimento da bacteriúria vesical. Nesse sentido, o lactente descrito foi internado com clínica

sugestiva de ITU e foi submetido ao exame ultrassonográfico, onde obteve-se achados de ureterohidronefrose bilateral. Posterior a isso, foi indicada a uretrocistografia miccional, exame considerado padrão-ouro em suspeita clínica de refluxo vesicoureteral (RVU). Isto posto, após avaliação dos resultados o paciente recebeu o diagnóstico de VUP e confirmação de RVU.

A válvula de uretra posterior (VUP) encontra-se no grupo das uropatias obstrutivas e é considerada uma anomalia congênita. À vista disso, é comum que o paciente evolua para quadro de hidronefrose bilateral e bexiga de esforço uma vez que a válvula funcionará como uma barreira anatômica provocando estase da urina no aparelho urinário. Comumente acomete pacientes pediátricos do sexo masculino e é vista como um possível indicativo de evolução para doença renal crônica. O neonato, na maioria dos casos, vai apresentar uma clínica associada à retenção urinária, achados de massa palpável ao exame físico, laboratório com septicemia associado a anemia. Além disso, alguns quadros de VUP podem cursar com infecção do trato urinário ou insuficiência renal, sendo assim, haverá relatos de vômitos e diarreia. Portanto, é de grande importância para o médico pediatra ou clínico geral, saber identificar não só a Síndrome de Válvula Posterior, como também, suas etiologias secundárias. Nos recém-nascidos a ultrassonografia é o principal exame para identificar anormalidades, sendo prosseguida pela uretrocistografia miccional que irá confirmar o diagnóstico. É de suma importância que a equipe médica como um todo, consiga diferenciar os achados clínicos dos pacientes, para que sempre tenhamos em mente os diagnósticos diferenciais e sintomatologias que ao darem entrada em um pronto atendimento pode parecer simples e depois conclui-se outro quadro mais complexo. Em suma, a VUP, é uma doença de difícil diagnóstico, principalmente em lactentes e que deve ser tratada de forma adequada para não evoluir gravemente com disfunção renal, com isso é essencial seu diagnóstico precoce e de preferência ainda em vida intrauterina.

**Palavras Chaves:** INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO, VUP, LACTENTE, DIAGNÓSTICO

## Reumatologia

### VASCULITE POR IMUNOGLOBULINA A: RELATO DE CASO

**ROSHELLE BALEIXO (HUAP-UFF), MAGALI DAMITIO (HUAP-UFF), THAIS RIOS (HUAP-UFF), LUDMILA LOPES (HUAP-UFF), CAROLINA RIBEIRO (HUAP-UFF), APRISCLA MENDES (HUAP-UFF), VIRGINIA DELARMELENA (HUAP-UFF), GABRIELA ROSESTOLATO (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF)**

A vasculite por Imunoglobulina (IgA) é a vasculite primária mais comum na infância. Os critérios diagnósticos estabelecidos em 2005 (EULAR/PRES/PRINTO) consistem na presença obrigatória de púrpura palpável (sem trombocitopenia/coagulopatia) e pelo menos um dos seguintes sintomas: dor abdominal aguda e difusa, artrite/artralgia aguda, envolvimento renal evidenciado por proteinúria ou hematúria, ou evidência de vasculite leucocitoclástica ou glomerulonefrite proliferativa com predomínio de deposição de IgA.

Paciente do sexo feminino, 6 anos, apresentou quadro gripal 3 semanas antes do surgimento dos sintomas. Evoluiu com febre (durante 8 dias, máximo de 39 °C), lesões petequiais, purpúricas, equimóticas e bolhosas, com predomínio em braços e pernas, associado à dor, edema e limitação do movimento nos pés e tornozelos esquerdos. Além de dor abdominal intensa, pós-prandial, epigástrica, com vômitos associados e hiporexia. Os resultados dos exames laboratoriais mostraram anemia microcítica hipocrômica e elevação dos marcadores de fase aguda (VHS, PCR e C3).

**DISCUSSÃO:** A VlgA é caracterizada por vasculite leucocitoclástica e deposição de IgA nos pequenos vasos da pele, articulações, trato gastrointestinal e rins. Tem pico de incidência entre 4 a 8 anos, com predomínio no sexo masculino. Suspeita-se de gatilhos infecciosos como fator desencadeante. A característica típica da VlgA é a púrpura palpável, as vezes associada a lesões bolhosas. As lesões cutâneas geralmente são simétricas e ocorrem em áreas dependentes da gravidade (membros inferiores) ou em pontos de pressão (nádegas). Edema subcutâneo localizado é comum. Podem estar associadas artrite e artralguas, manifestações gastrointestinais, renais e neurológicas. O acometimento renal é a manifestação mais grave e principal determinante no longo prazo. O diagnóstico é clínico, e as alterações laboratoriais são inespecíficas. Os valores séricos de IgA muitas vezes estão elevados. A ultrassonografia é usada em caso de queixas gastrointestinais persistentes. As biópsias de pele e rim podem fornecer informações diagnósticas em casos atípicos ou graves. O tratamento em casos leves e autolimitados é de suporte. Alguns casos requerem o uso de corticosteroides, como no caso de dor abdominal intensa e nefrite moderada/grave. O prognóstico para a VlgA da infância é excelente, com um curso autolimitado agudo. Podem haver recorrências em cerca de 1/3 dos casos, geralmente nos primeiros 6 meses. O acompanhamento deve ser mantido até a vida adulta, devido à possibilidade de progressão das lesões renais.

O diagnóstico da VlgA é principalmente clínico. Portanto, é essencial possuir conhecimento das manifestações clínicas para um diagnóstico preciso e tratamento oportuno, a fim de evitar o prolongamento da doença, complicações e impactos negativos na qualidade de vida do paciente.

**Palavras Chaves:** VASCULITE, IGA, PEDIATRIA

## Reumatologia

### DOENÇA DE KAWASAKI X MIS-C: UM GRANDE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**CAMILA GROTTA DE FARIAS (HUAP/UFF), KÁTIA LINO (HUAP/UFF), LEONARDO RODRIGUES CAMPOS (HUAP/UFF)**

A Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica de vasos de médio calibre, podendo evoluir com aneurismas de coronária. Já a Síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C), um grande diagnóstico diferencial, pode se apresentar como uma Síndrome Kawasaki-like, porém com maior gravidade. Enquanto Kawasaki possui etiologia

indefinida, o MIS-C está relacionado ao Sars-cov, caracterizando-se como uma síndrome pós-infecciosa.

O caso é de um paciente de 3 anos que no 1º dia teve pico febril (40°C) e hiperemia em região genital. No 2º dia evoluiu eritema doloroso em mãos e pés. No 3º dia apresentou Conjuntivite bilateral não supurativa, fissura labial e língua avermelhada, edema em mãos e pés. Compareceu ao serviço de emergência no 5º dia com todos esses sintomas além de irritabilidade, linfonodomegalia cervical à direita, lesões micropapulosas normocrômicas em dedos e joelhos bilaterais, observadas no exame físico. Exames laboratoriais: Hb:12,2 | Ht:36,9 | Leuco: 13.500 (12/0/0/0/0/2/70/13/3) | PCR:77 (Valor de Referência:<5) | VHS:53 (VR: até 15).

Diante dos achados no exames físico (critérios diagnósticos), apoiando-se nos exames laboratoriais que apresentavam inflamação, o paciente foi diagnosticado com Doença de Kawasaki, recebendo imunoglobulina (2g/kg/dia), AAS na dose anti-coagulante (5mg/kg/dia) e metilprednisolona dose anti-inflamatória (2mg/kg/dia). Ecocardiograma da admissão sem alterações. Porém, ecocardiograma de controle apresentou aneurisma de coronária.

As alterações descritas no exame físico, se enquadram nos critérios diagnósticos de Doença de Kawasaki, devido à febre persistente por 5 dias associada a linfonodomegalia cervical, alterações de mucosa oral, rash cutâneo, conjuntivite bilateral, edema doloroso de pés e mãos, em paciente de 1 a 5 anos. Além disso, provas inflamatórias aumentadas, podem corroborar com a hipótese. No entanto, após 2020, com o início da pandemia, muito se discute sobre o MIS-C, uma síndrome inflamatória multissistêmica, que pode apresentar pacientes com o mesmo fenótipo de doença de Kawasaki, ou Kawasaki incompleto, com caráter mais grave necessitando de internação hospitalar. Os casos de MIS-C estão associados a COVID prévio (4-6 semanas antes do diagnóstico). A média de idade é <21 anos, podendo apresentar sintomas gastrointestinais ou respiratórios associados, elevados parâmetros inflamatórios, e alterações multissistêmicas, inclusive cardíacas. O tratamento tem a mesma base.

Dessa forma, é de suma importância que o pediatra esteja apto para diagnosticar e reconhecer rapidamente uma doença de Kawasaki através dos critérios diagnósticos e tenha em mente o MIS-C, que pode apresentar fenótipos semelhantes à Kawasaki, ou Kawasaki incompleto, necessitando também de um tratamento rápido. Ecocardiograma é um exame fundamental no rastreamento e no acompanhamento após tratamento. É importante orientar as famílias quanto à vacinação de COVID, que atua como fator de proteção para ambas as doenças.

**Palavras Chaves:** KAWASAKI, DOENÇA DE KAWASAKI, MIS-C, SÍNDROME MULTISSISTÊMICA

## Reumatologia

### ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL: RELATO DE CASO

**FERNANDA ALCANTARA GANDRA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), LORENA DA SILVA PEREIRA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LAILA POUBEL BOECHAT DE CASTRO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), SAVIO FIGUEIRA RABELLO ALONSO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)**

**DO AVAÍ), GUSTAVO CARILLO OLIVEIRA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MARCO ANTÔNIO GOMES ANDRADE (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUCILA DOS PASSOS INÁCIO (UNIVERSIDADE IGUAÇU)**

Define-se Artrite idiopática Juvenil (AIJ) como um grupo heterogêneo de doenças autoimunes caracterizadas pela presença de artrite crônica (duração mínima de 6 semanas), afetando crianças menores de 16 anos.

Paciente ITS, sexo feminino, 1 ano e 8 meses, chega ao consultório médico com relato de claudicação, artralgia e rigidez em joelho direito. Ao exame físico observou-se membro inferior direito com discreto edema, hiperemia e limitação de movimento a flexão e extensão de joelho.

Sendo realizado ultrassonografia de joelho direito que evidenciou presença de pequeno derrame articular e espessamento sinovial da bursa supra-patelar direita.

Foi iniciado tratamento com Ibuprofeno e solicitado ressonância magnética do joelho direito, que evidenciou aparente estiramento na transição tendínea do poplíteo e moderado derrame articular com intensa sinovite, traduzida pelo realce sinovial após contraste se estendendo ao recesso lateral poplíteo. Após avaliação reumatológica, com solicitação de exames laboratoriais, foi estabelecido o diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil (AIJ). Na conduta inicial foi prescrito Cetoprofeno, via oral, durante 8 semanas, porém sem melhora do quadro clínico. Foi introduzido metotrexato, via oral, uma vez por semana, e paciente obteve boa resposta ao tratamento evoluindo com melhora do quadro. No seguimento ambulatorial após três meses, optou-se por manter o metotrexato, porém pela via de administração, uma vez por semana. Paciente segue em acompanhamento, sem sintomas com uso da medicação semanalmente.

A AIJ é subdividida em 7 tipos: oligoarticular, sistêmica, poliarticular podendo esta ser com fator reumatoide positivo ou negativo, artrite relacionada à entesite, artrite psoriásica e artrite indiferenciada.

A etiologia exata da AIJ ainda é desconhecida, mas provavelmente é multifatorial. Os sintomas mais comuns incluem dor, edema em articulações, hiperemia, sensibilidade, rigidez articular matinal ou pós repouso, claudicação e febre.

Os exames laboratoriais para o diagnóstico de AIJ incluem basicamente o hemograma e testes que avaliam a presença de inflamação, como a determinação VHS e PCR.

O tratamento medicamentoso inclui antiinflamatórios não esteroidais, glicocorticoides sistêmicos e Medicamentos Modificadores do Curso de Doença sintéticos biológicos.

O reconhecimento desta doença é de extrema importância, pois o diagnóstico precoce reputa em instituição de terapêutica precoce, na qual resultará em melhor resposta ao tratamento e, assim, evita as possíveis complicações, sequelas e melhora a qualidade de vida.

**Palavras Chaves:** AUTOIMUNE, ARTRITE, ARTRALGIA

## Reumatologia

### DOENÇA DE KAWASAKI - APRESENTAÇÃO CLÁSSICA

**MURILLO COUTINHO SAYEG CAMPOS PORTO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), JOANA ARLDT MELLO COBUCCI (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), THYAGO MICHELIM SANTOS MESQUITA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), LARA COSTA KEVORKIAN (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), JÉSSICA BRANDHALY BARRADA BRANDÃO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), CAIO BIDES PALAIO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), JOSIANE DE LIMA BALBINO DOS SANTOS (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), LARISSA MARIA BRAGA DOS SANTOS (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), ADRIANA GUERRA MACHADO VIEIRA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), ADRIANA RODRIGUES MIGUEL DE AZEVEDO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)**

A doença de Kawasaki é a segunda vasculite mais comum da infância, na qual ocorre sintomatologia diversa associada a um quadro febril persistente. O quadro autolimitado da doença pode levar a um prognóstico reservado caso esta não seja reconhecida e tratada adequadamente, sendo uma das principais causas de cardiopatias adquiridas na infância. Este relato de caso visa exemplificar o quadro clássico da síndrome, que possui critérios diagnósticos bem definidos.

PFM., 7 meses, sexo masculino, previamente hígido, inicia quadro de infecção de vias aéreas superiores (coriza, obstrução nasal, tosse) em 07/09/23, quando procurou emergência pediátrica, sendo liberado com sintomáticos. Em 13/09 evoluiu com febre e rash maculopapular, principalmente em mãos e pés, quando procurou atendimento novamente, com diagnóstico inicial de infecção por coxsackievirus. Nos próximos cinco dias, de 13/09 até 18/09, o paciente apresentou quadro de febre persistente, evoluindo com conjuntivite bilateral não exsudativa, edema e hiperemia de mucosa oral, 'língua em framboesa', linfonodomegalia cervical, exantema polimorfo em tronco, dorso, membros superiores e inferiores, além de edema de mãos e pés. Apresentava também a reativação da cicatriz da vacina BCG. Realizada internação hospitalar em 16/09, ocasião na qual, além dos sintomas, apresentava elevação de marcadores inflamatórios, teste rápido e sorologias IgG e IgM para COVID-19 negativos, sendo diagnosticada a Doença de Kawasaki. Iniciado Ácido Acetil Salicílico (AAS) em dose antiinflamatória (80mg/kg/dia) e realizada solicitação de transferência para serviço com possibilidade de administração de Imunoglobulina Humana Intravenosa (IGIV). Transferido para hospital terciário em 18/09, com realização de IGIV no dia seguinte, 19/09, na dose de 2g/kg, dose única. Paciente evoluiu com melhora total dos sintomas, apresentando descamação de mãos e pés em 23/09, já na fase subaguda da doença. Realizado ecocardiograma durante internação e 15 dias após alta hospitalar, ambos sem alterações. No momento em acompanhamento ambulatorial com a reumatologia pediátrica, sem novos sintomas, com queda gradual de marcador inflamatório (VHS), agora na fase de convalescença.

No cenário atual, com o surgimento da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), torna-se cada vez mais imprescindível o conhecimento da sintomatologia da Doença de Kawasaki, devido às semelhanças entre os quadros clínicos. Nosso paciente apresentava todos os critérios diagnósticos para a doença, além da reativação da vacina BCG, sintoma de aparecimento frequente, e sorologias negativas para COVID-19, consolidando o diagnóstico. Diagnóstico este de suma importância no âmbito da pediatria, uma vez que o tratamento oportuno da Doença de

Kawasaki com imunoglobulina venosa modifica o prognóstico e a incidência da formação de aneurismas.

**Palavras Chaves:** KAWASAKI

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS À MÃE DO PACIENTE, QUE NOS FORNECEU AS FOTOS DE TODA A EVOLUÇÃO CLÍNICA.

## Reumatologia

### ESCOLAR COM DIABETES MELLITUS TIPO 1, ESPONDILOARTROPAZIA E SÍNDROME DE HIPERMIBILIDADE ARTICULAR: RELATO DE CASO.

**JULIA PINCELLI TAVARES VIVACQUA (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO AFYA), GIOVANNA SANTOS MIRANDA MENDES (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO AFYA), GIULIANA SAHIONE BESSIL DE CARVALHO (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO AFYA), DEBORAH DE MELO DAYUBE CRUZ (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO AFYA)**

Em síntese, trata-se de um caso de um escolar com poliartralgia crônica por síndrome de hiper mobilidade articular benigna (SHAB) e início de espondiloartropatia crônica inflamatória autoimune após abertura de quadro de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). Ao longo do trabalho serão abordadas as diferenças no padrão da dor articular, assim como a associação das doenças autoimunes supracitadas.

Escolar masculino, 11 anos, foi encaminhado ao serviço de Reumatopediatria com poliartralgia crônica mecânica iniciada cerca de 1 ano antes. No mês anterior, abriu quadro de DM1 e logo após, houve agudização do quadro das dores articulares e mudança do padrão algico. Iniciou lombalgia inflamatória, com teste de Schober positivo e sinais clínicos de entesite. Exame físico também evidenciou sinais de hiper mobilidade articular. Em exame de imagem de ressonância magnética de articulações sacroilíacas evidenciou-se sacroileíte (SII) e sinovite bilaterais. Marcador HLA-B27 negativo.

A SHAB caracteriza-se por dores musculoesqueléticas de causa mecânica causadas por frouxidão das articulações, sem relação com doenças do tecido conjuntivo. É a causa mais comum de dor mecânica na população pediátrica. Para o diagnóstico, aplica-se os critérios de Beighton. A DM1 é uma doença autoimune crônica que causa deficiência na síntese de insulina pela produção de autoanticorpos contra as células beta pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina. A Artrite Idiopática Juvenil decorre de um grupo de doenças caracterizadas por artrite crônica autoimune de etiologia desconhecida que se inicia em menores de 16 anos. É dividida em 7 subtipos, sendo um deles a ARE, doença que cursa de forma semelhante a espondilite anquilosante do adulto. Caracteriza-se por artrite ou entesite associada a duas das seguintes alterações: dor em articulações sacroilíacas ou em coluna lombossacra, presença de HLA-B27, idade de início em meninos maiores de 6 anos, uveíte anterior aguda sintomática e história de espondilite anquilosante, ARE, SII com doença inflamatória intestinal, síndrome de Reiter ou uveíte aguda em parente de primeiro grau. O paciente em questão apresentava antes da abertura de DM1, poliartralgia crônica pela SHAB. Após o diagnóstico da DM1, houve mudança do padrão da dor, o que acarretou investigação diagnóstica, chegando ao diagnóstico de ARE. Permite-se pontuar ainda que a síndrome autoimune múltipla, se caracteriza pela presença de 2 ou mais doenças autoimunes associadas, podendo se manifestar de forma simultânea ou variar em anos o surgimento de cada uma. Diante do exposto, conclui-se que é importante a diferenciação das causas de

dores mecânicas e inflamatórias, no qual o paciente pode apresentar ambas as comorbidades, mas o tratamento e manejo clínico são diferentes. Sendo a presença de uma doença autoimune um fator de risco para outras, esta hipótese sempre deve ser considerada.

**Palavras Chaves:** DIABETES, HIPERMIBILIDADE ARTICULAR, ESPONDILOARTROPAZIA.

**Agradecimentos:** GOSTARÍAMOS DE AGRADECER A ORIENTADORA DOUTORA DEBORAH DAYUBE PELA DISPONIBILIDADE E DEDICAÇÃO.

## Reumatologia

### SÍNDROME PFAPA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

**MARCIO RYAN ARAÚJO DE NOVAES (UNIFG GUANAMBI), JOSÉ LUCAS MOURA VASCONCELOS (UNIFG GUANAMBI), EMILI MARIANE MACHADO GONÇALVES (UNIFG GUANAMBI), BRUNA DE AQUINO MORAIS DA SILVA (UNIFG GUANAMBI), ANA CLARA SERTÃO ALVES (UNIFG GUANAMBI), KAMYLLÉ MARIA OLIVEIRA DE MAGALHÃES (UNIFG GUANAMBI), FERNANDA ARAÚJO SILVA PEREIRA (UNIFG GUANAMBI), LEONARDO DIAS AZEVEDO (UNIFG BRUMADO), LAURA BENEVIDES NASCIMENTO (UNIFG GUANAMBI), VANUSA LESSA BENEVIDES NASCIMENTO (UNIFG GUANAMBI)**

A síndrome de Febre Periódica, Estomatite Aftosa, Faringite e Adenite cervical (PFAPA) é uma doença autoinflamatória, decorre de uma desregulação do imune com episódios recorrentes de inflamação sistêmica. Trata-se de uma patologia rara, não genética com diagnóstico de exclusão. Usualmente, o início dos sintomas se dá antes dos 5 anos de vida e tende a se resolver na adolescência.

Criança, feminina, 2 anos, comparece à consulta ambulatorial com pediatra, em Guanambi-BA acompanhado de genitora referindo histórico de febre alta (>39°C), com duração de 5 a 7 dias associada a hiperemia de orofaringe e em alguns episódios, aftas bucais. Os quadros eram recorrentes, a cada 4 semanas e tinham o comportamento semelhante. Nos atendimentos na emergência, tinha o diagnóstico de tonsilite com uso recorrente de antibiótico que totalizaram 23 esquemas ao longo de 1 ano. Durante a consulta clínica a criança estava com quadro semelhante ao relatado. Genitora nega possuir animais domésticos e tabagismo intradomiciliar. Na HPP, nega asma ou dermatite atópica e apresenta caderneta vacinal em dia. Nega ainda, antecedentes gestacional e perinatal. No exame físico apresentava em regular estado geral, prostrada, febre alta de 39°C, hiperemia importante de orofaringe, sem outras alterações. DNPM adequado para idade. Aventada a possibilidade de síndrome PFAPA devido aos critérios apresentados, foi realizada prova terapêutica com dose única corticoide (0,6 mg/kg) com melhora total dos sintomas 24 horas após. Ademais foram solicitados exames para descartar diagnósticos diferenciais: hemograma, VHS, PCR, FAN, imunoglobulinas séricas, cultura de orofaringe, sorologia para EBV, todos sem alterações confirmando, então, PFAPA.

Diante dos sintomas, a paciente foi inicialmente diagnosticada com amigdalites infecciosas recorrentes, com uso indiscriminado de antibiótico predispondo a criança a resistência bacteriana. A regularidade dos sintomas, a rápida melhora com o uso de corticoides e o adequado crescimento e desenvolvimento do paciente levantaram suspeitas da síndrome. A amigdalectomia

é considerada somente em casos resistentes ao tratamento medicamentoso, quando os sintomas afetam significativamente a qualidade de vida. O diagnóstico de PFAPA é feito por exclusão. Apesar de benigna e autolimitada, a doença causa desconforto significativo no paciente e nos familiares e o médico precisa estar atento, por ser incomum na prática diária.

A Síndrome de PFAPA apresenta diversos pontos para debate médico. Os critérios diagnósticos estão presentes em diversas outras patologias, os exames laboratoriais não fornecem resultados específicos e não existem alterações genéticas definidas na literatura. Ademais, abordagem terapêutica e o prognóstico ainda são temas controversos, sem diretrizes específicas. Como resultado, o diagnóstico e o tratamento permanecem desafiadores para o médico.

**Palavras Chaves:** TONSILITE, FEBRE RECORRENTE, ESTOMATITE AFTOSA, FARINGITE

**Agradecimentos:** DRA. VANUSA LESSA BENEVIDES, MÉDICA, PEDIATRA E ORIENTADORA DA PESQUISA.

## Reumatologia

### TONSILECTOMIA EM CRIANÇAS COM PFAPA É UM TRATAMENTO EFICAZ?

**RAFAELLA ANTUNES BASTOS (UNIGRANRIO BARRA - UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY), LUIZA LOPES CARVALHO (UNIGRANRIO BARRA - UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY), NATHALIA BRITO DUMAS (UNIGRANRIO BARRA - UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY), CLARA DE SOUZA PIMENTEL (UNIGRANRIO BARRA - UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY), MAÍRA DE SOUZA DA SILVA GUIMARÃES (UNIGRANRIO BARRA - UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ DE SOUZA HERDY), MARIANA BRITO DUMAS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)**

A síndrome PFAPA (febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite cervical) é uma doença autoinflamatória rara de início anterior aos 5 anos caracterizada por períodos de febre que duram entre 3 e 6 dias a cada 3 a 8 semanas, com pelo menos uma das outras apresentações características.

Apresentar e avaliar a efetividade da intervenção cirúrgica pela retirada das tonsilas, ainda muito controversa na comunidade médica, na PFAPA, objetivando discutir seus benefícios para a qualidade de vida dos pacientes.

Refere-se a uma revisão bibliográfica baseada no levantamento de trabalhos científicos na base de dados Google Acadêmico e PubMed, utilizando os descritores: "PFAPA" e "tonsilectomia". Dessa busca foram selecionados inicialmente 9 ensaios clínicos randomizados que mais se encaixavam no objetivo da discussão, excluindo em seguida os anteriores ao ano de 2017, restando 2 artigos em inglês e 1 em português.

O primeiro estudo escolhido avaliou 23 pacientes com a doença, sendo a recorrência da febre entre 3 e 8 semanas, somado às outras apresentações clínicas, sendo faringite a mais frequente. Imediatamente após a cirurgia, 21 tiveram resolução completa de sintomas, 1 teve apenas uma ocorrência 24 horas após a cirurgia e 1 apresentou 3 quadros febris e teve remissão completa após

3 meses (Aktas, 2017). Enquanto que no trabalho de Rydenman (2023), 20 crianças com PFAPA foram avaliadas antes e depois da cirurgia quanto à qualidade de vida (utilizando a escala PedsQL). Antes do procedimento, os pacientes apresentavam valores significativamente menores que o grupo controle, em torno da metade. Após realizarem a cirurgia, sua qualidade de vida e a saúde física e psicossocial aumentaram substancialmente, não apresentando diferenças significativas do grupo controle na escala. Por fim, Erdogan (2016), realizou sua pesquisa em 105 pacientes, depois de um intervalo de 43 meses, 99 desses tiveram completa resolução dos sintomas, mesmo os que não apresentaram melhora completa tiveram menos episódios febris, sendo esses menos severos, que o grupo controle tratado com corticoterapia.

Concluiu-se que, sendo a PFAPA uma síndrome de grandes morbidade e efeito negativo para a qualidade de vida da criança, a tonsilectomia apresentou grande eficácia em todos os trabalhos avaliados, com alta taxa de melhora completa e de redução significativa dos quadros febris e das outras apresentações clínicas. Desse modo, é uma intervenção que, apesar de invasiva, deve ser levada em consideração para o tratamento da doença.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME PFAPA, TRATAMENTO, TONSILECTOMIA

## Outra

### SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL: QUAL SERÁ O TRATAMENTO ADEQUADO?

**BEATRIZ TRAJANO (UNIFESO), ROGERIO BARRETO ( )**

A junção craniocervical é uma região anatômica de transição formada pelo osso occipital e pelas primeiras vértebras cervicais, o atlas e o axis. O complexo é delicado desenvolvimento embrionário dessa região sujeita essa topografia a diversas variações anatômicas e malformações congênitas. A Síndrome de Klippel-Feil (SKF) é uma enfermidade rara, congênita, do grupo das malformações crânio-cervicais, condição de fusão que acomete a junção craniocervical.

Apresentar de forma sintética os principais aspectos clínicos envolvidos na SKF, bem como seu diagnóstico, tratamento e complicações.

Este é um estudo de revisão de literatura. Foram pesquisados artigos publicados na base de dados do PubMed no período dos últimos 10 anos. Os descritores utilizados foram "anomalias cervicais" e "Síndrome Klippel-Feil" sendo pesquisadas as palavras-chaves e suas combinações em inglês.

A SKF é uma doença rara, caracterizada como uma condição de fusão congênita de duas ou mais vértebras cervicais. Configura anormalidade durante as primeiras 3 a 8 semanas de gestação, devido à falha ou segmentação incompleta dos somitos no início do desenvolvimento intraútero da coluna vertebral. A tríade clínica típica é composta pela apresentação de uma baixa implantação dos cabelos, pescoço curto e movimento restrito do pescoço. Além disso, pode vir associado a alterações como a deformidade de Sprengel occipital proeminente e estenose medular. O diagnóstico de SKF geralmente é feito com base em características clínicas e avaliações radiográficas. Os níveis mais comuns de segmentos com fusão congênita foram C2-3 e C5-6. Os pacientes com SKF, sobretudo aqueles com estenose de canal medular, têm um risco maior de sofrer lesões medulares aos traumatismos leves, levando



a possíveis quadros mais graves que podem causar tetraplegia ou subluxações fatais. O prognóstico para a maioria dos portadores da SKF é favorável se a doença é descoberta e tratada precocemente e de forma adequada.

A cirurgia como método de tratamento é o mais indicado para casos da existência ou a possibilidade de causar déficit neurológico nos pacientes acometidos pela síndrome. Com olhar para a melhor abordagem, diagnóstico e tratamento desta patologia, mais estudos devem ser desenvolvidos, com a finalidade de conhecer melhor a clínica e seus diagnósticos diferenciais para permitir o correto diagnóstico da mesma.

**Palavras Chaves:** ANOMALIAS CERVICAIS E SÍNDROME KLIPPEL-FEIL

## Outra

### A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA AMENIZAR AS DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO

**CAMILLA MARTINS DA CUNHA (UNIGRANRIO), JÉSSICA THAYNNA RESENDE FIGUEIREDO (UNIFIMES), CARLOS NEI COQUEMALA JÚNIOR (UNIFIMES), CAROLINE DE LIMA LEANDRO (UNIFIMES), LAÍS CORRÊA MARQUES (UNIFIMES), MARCELA LEITE DAMAZIO (UNIGRANRIO), CARLA ADRIANA DE SOUZA OLIVEIRA FRANCO (UNIFIMES)**

O aleitamento materno exclusivo compreende a fase desde o nascimento até os 6 meses de idade. A amamentação é importante para criar o vínculo mãe e filho, contribuindo para o sistema imunológico e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. Contudo existem dificuldades durante a amamentação, como o cansaço, dificuldade na pega, fissuras mamárias, o choro da criança e sensação de escassez láctea.

O trabalho tem como objetivo reconhecer as dificuldades maternas no aleitamento exclusivo e incentivar a comunicação entre médico-paciente para suporte na amamentação.

Trata-se de uma revisão integrativa realizada nos últimos cinco anos (2019-2023) com artigos indexados nas bases de dados bases de dados: Sociedade Brasileira de Pediatria, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores "difficulty breastfeeding" e "breastfeeding", busca de livros de pediatria e conversa com puérperas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida e, complementado até os dois anos de idade da criança. É considerada a melhor escolha para a nutrição do recém-nascido pois promove proteção imunológica e propiciar o vínculo afetivo entre mãe e filho. No entanto, as taxas de amamentação estão longes de serem ideais, diversos fatores interferem nessa prática e propicia o desmame precoce. A baixa produção láctea é uma dificuldade no início da amamentação, que associa ao choro frequente da criança, faz com que as mães introduzam à complementação com fórmulas infantis e chás, interferindo na satisfação alimentar da criança e consequentemente provocando sucção ineficiente, ingurgitamento mamário, lesão mamilar e desmame precoce.

Na gravidez, a mama é preparada sob ação de hormônios, como estrogênio, lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica, os quais controlam a produção do leite após o nascimento e a apojadura. Assim, nos primeiros dias, a secreção

de leite pode ser pequena e o volume produzido depende da frequência de mamadas. Portanto é imprescindível ao profissional de saúde informar as mães sobre esse processo e incentivar a livre demanda para assim estimular apojadura.

Cabe aos profissionais de saúde a promoção a amamentação, com instrução da técnica adequada e suporte na fase de adaptação. A técnica correta é caracterizada pela cabeça e tronco da criança no mesmo eixo, corpo próximo, criança bem apoiada, rosto de frente para a mama, enquanto a pega é caracterizada por boca bem aberta, lábio inferior evertido, aréola mais visível acima da boca e o queixo tocando a mama. Quanto ao choro em bebês carecer lembrar que essa é sua forma comunicação e pode estar ligada aos outros fenômenos, como fralda suja, frio, cólica, dentes, sono e cansaço. Visto isto, o pediatra Harvey Karp em seu livro: "O bebê mais feliz do pedaço", descreveu a técnica dos 5S, no qual demonstra formas de acalmar o bebê simulando o ambiente uterino, ao aplicá-las é possível obter resultados satisfatórios.

**Palavras Chaves:** AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA. ALEITAMENTO MATERNO. FISSURAS MAMÁRIA

## Outra

### COLEDOCOLITÍASE IDIOPÁTICA EM CRIANÇA DE 4 MESES: UM RELATO DE CASO

**LAURA NAGEM (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), LAYLA HADDAD (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), ROGER SOARES (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS), YASMIM DE ABREU (FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS)**

A colelitíase em neonatos e lactentes jovens está se tornando mais comum devido ao aumento da obesidade e dislipidemia infantil. Além disso, fatores de risco incluem doença hemolítica, malformações das vias biliares, infecções e gravidez na adolescência, entre outros. A colelitíase neonatal está relacionada à imaturidade da circulação entero-hepática dos ácidos biliares e estase biliar. A coledocolitíase é rara em crianças e seu tratamento é controverso devido à falta de estudos sistemáticos. A abordagem endoscópica com CPRE é frequentemente usada em centros especializados para aliviar a obstrução das vias biliares.

Um lactente do sexo masculino de 4 meses e 26 dias de idade, nascido a termo apresentou icterícia, colúria e acolia fecal. Inicialmente, houve suspeita de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), porém a icterícia agravou-se, e o lactente desenvolveu vômitos e febre. Ele foi admitido no hospital e posteriormente transferido para a UTI pediátrica devido à instabilidade clínica, queda na oxigenação e irritabilidade, sendo sedado e intubado.

Avaliação de prontuário.

DISCUSSÃO: As doenças relacionadas à litíase do trato biliar são raras em pacientes pediátricos, mas têm aumentado em prevalência nos últimos anos. A colelitíase é mais comum do que a coledocolitíase em crianças. A coledocolitíase ocorre com maior frequência em crianças do que em adultos. Os cálculos biliares em crianças podem ter diversas causas, incluindo causas idiopáticas e condições médicas subjacentes. O manejo da coledocolitíase é controverso, com intervenções frequentemente reservadas para crianças sintomáticas. Em adultos, a colecistectomia laparoscópica é considerada o

tratamento padrão. Em crianças, a abordagem comum envolve a realização pré-operatória da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) seguida da colecistectomia laparoscópica. Também é considerada a técnica de 'Rendezvous', que combina CPRE e colecistectomia durante a mesma anestesia. Neste relato de caso, o paciente foi submetido com sucesso a uma colecistectomia com CPRE utilizando a manobra de Rendezvous. **CONCLUSÃO:** A coledocolitíase em neonatos e lactentes jovens tem aumentado sua incidência nas últimas décadas, sendo associada a fatores como dislipidemia infantil, doença hemolítica, malformações biliares e infecções. A imaturidade da circulação entero-hepática dos ácidos biliares e a estase biliar são fatores fisiopatológicos importantes. O diagnóstico e tratamento ideais são incertos devido à falta de estudos sistemáticos e poucos casos relatados na literatura. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é uma opção segura em centros especializados. O trabalho descreve um caso de sucesso de tratamento em uma criança de 4 meses submetida à colecistectomia por CPRE e drenagem retroperitoneal, destacando a importância da monitorização e pesquisa nesta área para desenvolver diretrizes claras de tratamento.

**Palavras Chaves:** COLELITÍASE, COLEDOCOLITÍASE, LACTENTE, CRIANÇA, CPRE

## Outra

### DIAGNÓSTICO DE TORÇÃO OVARIANA EM PACIENTE COM DOR ABDOMINAL INTENSA.

**ANA CAROLINA DE CARVALHO COUTINHO EZARANI (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MARINA CARVALHO DUARTE SÁ (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), LAÍS SOUZA IZQUIERDO PENARANDA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MARIANA AQUINO LIMA GOMES (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), ROGÉRIA FERRAZ QUEIROZ (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), GUSTAVO DUQUE YECKER (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), PAULO ROBERTO ABRAHÃO DA SILVA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), ANDRÉ RICARDO ARAÚJO DA SILVA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA)**

A torção ovariana ocorre devido à rotação total ou parcial do ligamento suspensor do ovário e do pedículo vascular correspondente, podendo ou não ser associado à torção da tuba uterina. Este acontecimento gera comprometimento vascular da área e pode acarretar necrose das estruturas. Na faixa etária pediátrica ocorre devido à demasiada mobilidade dos anexos. Devido a entorse do ovário ser uma causa incomum de dor abdominal (2-3% dos casos) o diagnóstico costuma ser feito de forma tardia, inviabilizando a guarda do órgão. O sintoma mais comum é a dor pélvica unilateral intermitente, podendo simular um quadro de apendicite aguda ou obstrução intestinal, pois 70% das pacientes queixam de náuseas e vômitos.

L.P.S. 10 anos, é atendida em emergência devido dor abdominal intensa iniciada há 1 dia e 3 episódios eméticos. Nega febre, hematêmese e diarreia. Há 2 meses foi submetida a apendicectomia, com 7 dias de internação em UTI, devido a apendicite complicada e peritonite. Ao exame físico não apresentava alterações na região abdominal e em outros sistemas. Realizou tomografia computadorizada abdominal contrastada, que evidenciou

"Formação cística, hipodensa, localizada entre reto e bexiga, podendo corresponder a hematocolpo ou cisto mesentérico. Não visualizase o útero." Foi realizado procedimento de dilatação cervical para drenagem de hematometra, porém diagnóstico foi de ausência de hematometra e útero infantil. Foi realizada exploração da cavidade abdominal, sendo diagnosticada com torção de ovário esquerdo com necrose. Feita ooforectomia, recebeu alta hospitalar no 3º dia de internação, com boa evolução clínica.

Na torção ovariana a suspeita diagnóstica é clínica e apoia-se na imagiologia. O hemograma geralmente é normal, com discreta queda dos valores de hemoglobina ou aparecimento de leucocitose em vigência de necrose. A gravidez ectópica representa um fator de risco para torção, devendo ser excluída. Os achados de imagem dependem do tempo de evolução e o sinal mais comum é o aumento de volume do ovário comprometido. Na TC, o útero pode apresentar-se desviado para o lado da torção. O tratamento é cirúrgico, podendo ser por via laparoscópica e/ou laparotômica e será primordialmente conservadora, na expectativa de que a rotação inversa restabeleça o suprimento vascular anaxial anteriormente afetado. Quando isto não se realiza e/ou há necrose irreversível comprovada, a anexectomia estará indicada como fator profilático de provável sepse e óbito da paciente.

O caso apresentado relata uma situação clínica rara, a torção ovariana em uma criança, destacando a complexidade diagnóstica em face dos sintomas inespecíficos. A intervenção cirúrgica rápida foi crucial, evitando complicações graves. Este cenário destaca a importância do diagnóstico precoce, evidenciando a necessidade de conscientização médica para garantir intervenções oportunas e, assim, melhorar significativamente o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes nessas circunstâncias.

**Palavras Chaves:** TORÇÃO DE OVÁRIO, DOR ABDOMINAL, OOFORECTOMIA, HEMATOMETRA

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS PELA OPORTUNIDADE DE MOSTRAR NOSSO TRABALHO E POR NOSSOS MESTRES E ORIENTADORES.

## Outra

### ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM DENGUE: RELATO DE CASO

**CRISTINA MOGNON (HOSPITAL QUINTA D'OR), DENISE CARDOSO DAS NEVES SZTAJNBOK (HOSPITAL QUINTA D'OR), JULIANA MAIA TORRES (HOSPITAL QUINTA D'OR)**

A úlcera de lipschütz caracteriza-se por úlceras genitais dolorosas em crianças e jovens sem vida sexual ativa. Sua apresentação na faixa etária pediátrica gera preocupação, pois pode relacionar-se a infecções sexualmente transmissíveis (IST), doenças autoimunes e a suspeita de abuso sexual.

Paciente feminina, 8 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Sintomas iniciais de febre, mialgia e hiporexia. No terceiro dia evoluiu com náusea, exantema morbiliforme difuso e úlceras genitais dolorosas, e resolução da febre. No quinto dia buscou a emergência com astenia e epistaxe, recebeu hidratação venosa e sintomáticos. Exames evidenciaram diagnóstico de dengue e foi internada para vigilância. Após 48 horas da admissão referiu disúria.

Ao exame na admissão úlceras vulvovaginais dolorosas, de bordas violáceas com fibrina na superfície. Não apresentava úlceras orais prévias, recorrentes ou no ato da investigação. Exames complementares: Dengue IgM, IgG e NS1: Reagente, Epstein Barr IgM não reagente e IgG reagente, VDRL, Sorologias HSV 1 e 2, HTLV, HIV 1 e 2, C. Trachomatis IgM e IgG não reagentes, Hemograma: leucopenia (2.300/mm<sup>3</sup>) e plaquetopenia (125mil/mm<sup>3</sup>), TGO:90mg/dL e TGP:39mg/dL, EAS: normal, URC: E.coli com 1.000.000 UFC/ml, Ultrassonografia de abdome normal. Não realizou biópsia ou testes direto das lesões.

O tratamento instituído para úlcera foi higiene local, necessitou de hidratação venosa e analgésicos para sintomas de dengue e antibiótico, cefuroxima, para infecção urinária concomitante.

Recebeu alta após afastar IST para seguimento ambulatorial com pediatra e ginecologista, e com lesões reduzidas de tamanho e em processo de cicatrização.

A úlcera de lipschütz é uma condição rara com incidência desconhecida. Caracterizada por dor intensa, únicas ou múltiplas, de bordas delimitadas, avermelhadas e centro com exsudato ou aspecto necrótico. É comum estarem distribuídas na vulva em espelho ("kissing lesions"). São autolimitadas e seu ciclo geralmente é de 2 semanas.

Pode ser precedida por febre, mialgia, astenia e outros. Sua etiologia associa-se principalmente ao Vírus Epstein Barr, mas outras infecções virais e bacterianas também estão descritas, como citomegalovírus, M. pneumoniae e, recentemente, COVID19. A etiologia segue incerta e cerca de 70% dos casos são idiopáticos.

Anamnese detalhada, excluir a possibilidade de atividade sexual e exame físico completo são importantes, pois é crucial descartar IST, desequilíbrios hormonais e doenças sistêmicas, como Doença de Behçet.

A terapêutica é higiene da região, sintomáticos locais e corticoides tópicos ou sistêmicos. Alguns casos necessitam de debridamento da úlcera necrótica. Antibióticos não são indicados, exceto se infecção secundária associada.

O caso destaca a necessidade de considerar a úlcera de Lipschütz ao avaliar úlceras genitais em jovens sem atividade sexual, enfatizando a importância da conscientização e da exclusão de outras doenças para o diagnóstico e tratamento preciso.

**Palavras Chaves:** ÚLCERA DOLOROSA, LIPSCHÜTZ,

**Agradecimentos:** AGRADEÇO AO APOIO E INCENTIVO DAS MINHAS PRECEPTORAS, DENISE E JULIANA.

## Outra

### SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL: QUAL SERÁ O TRATAMENTO ADEQUADO?

**BEATRIZ TRAJANO (UNIFESO), ROGERIO BARRETO ( )**

A junção craniocervical é uma região anatômica de transição formada pelo osso occipital e pelas primeiras vértebras cervicais, o atlas e o axis. O complexo é delicado desenvolvimento embrionário dessa região sujeita essa topografia a diversas variações anatômicas e malformações congênitas. A Síndrome de Klippel-Feil (SKF) é uma enfermidade rara, congênita, do grupo das malformações crânio-cervicais, condição de fusão que acomete a junção craniocervical.

Apresentar de forma sintética os principais aspectos clínicos envolvidos na SKF, bem como seu diagnóstico, tratamento e complicações.

Este é um estudo de revisão de literatura. Foram pesquisados artigos publicados na base de dados do PubMed no período dos últimos 10 anos. Os descritores utilizados foram "anomalias cervicais" e "Síndrome Klippel-Feil" sendo pesquisadas as palavras-chaves e suas combinações em inglês.

A SKF é uma doença rara, caracterizada como uma condição de fusão congênita de duas ou mais vértebras cervicais. Configura anormalidade durante as primeiras 3 a 8 semanas de gestação, devido à falha ou segmentação incompleta dos somitos no início do desenvolvimento intraútero da coluna vertebral. A tríade clínica típica é composta pela apresentação de uma baixa implantação dos cabelos, pescoço curto e movimento restrito do pescoço. Além disso, pode vir associado a alterações como a deformidade de Sprengel occipital proeminente e estenose medular. O diagnóstico de SKF geralmente é feito com base em características clínicas e avaliações radiográficas. Os níveis mais comuns de segmentos com fusão congênita foram C2-3 e C5-6. Os pacientes com SKF, sobretudo aqueles com estenose de canal medular, têm um risco maior de sofrer lesões medulares aos traumatismos leves, levando a possíveis quadros mais graves que podem causar tetraplegia ou subluxações fatais. O prognóstico para a maioria dos portadores da SKF é favorável se a doença é descoberta e tratada precocemente e de forma adequada.

A cirurgia como método de tratamento é o mais indicado para casos da existência ou a possibilidade de causar déficit neurológico nos pacientes acometidos pela síndrome. Com olhar para a melhor abordagem, diagnóstico e tratamento desta patologia, mais estudos devem ser desenvolvidos, com a finalidade de conhecer melhor a clínica e seus diagnósticos diferenciais para permitir o correto diagnóstico da mesma.

**Palavras Chaves:** ANOMALIAS CERVICAIS E SÍNDROME KLIPPEL-FEIL

## Outra

### STAPHYLOCOCCUS AUREUS COMO MANIPULADOR DA HEMOSTASIA: RELATO DE CASO

**MAGALI DAMITIO (HUAP-UFF), LUDMILLA LOPES (HUAP-UFF), VIRGINIA DELARMELENA (HUAP-UFF), ROSHELLE BALEIXO (HUAP-UFF), CAROLINA RIBEIRO (HUAP-UFF), APRISCLA MENDES (HUAP-UFF), TAIANE CAMARGO (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF)**

O Staphylococcus aureus metilicina resistente (MRSA) está associado a diversas síndromes clínicas, como osteomielite, artrite séptica e pneumonias. Fatores de risco para infecções graves incluem neoplasias, imunodeficiência e diabetes mellitus (DM). Infecções por MRSA interagem com o sistema hemostático, levando a complicações como êmbolos sépticos, sepse, endocardite e trombose.

Um adolescente de 14 anos com DM tipo 1 foi diagnosticado com osteomielite por MRSA em hemocultura e cultura de fragmento ósseo em região tibial distal esquerda. Dez dias antes, apresentou lesão corto-contusa em hálux direito, como possível porta de entrada. Foi tratado com vancomicina e no decorrer do tratamento, apresentou piora do edema do membro, calor e

empastamento, quando foi diagnosticado com trombose venosa profunda (TVP) através do Doppler. O paciente também tinha relato de dor pleurítica discreta e foi solicitada angiotomografia de tórax, que confirmou embolia séptica. Devido ao quadro de TVP, foi iniciado tratamento com enoxaparina, apresentando melhora clínica do edema no membro após a anticoagulação.

**DISCUSSÃO:** A TVP em pediatria costuma ocorrer nas faixas etárias extremas (<1 ano e adolescentes) e a maioria dos episódios ocorre em ambiente hospitalar. Em crianças, está frequentemente relacionado a um fator de risco, em >95% dos casos. Os fatores de risco envolvem estase venosa, lesão endotelial e hipercoagulabilidade, descritos na tríade de Virchow. O *S. aureus* favorece um estado pró-trombótico ao secretar proteínas específicas que ativam a protrombina, estimulam a agregação e ativação plaquetária, ativam superfícies endoteliais, além de também estimular a fibrinólise mediante ativação do plasminogênio. Esses mecanismos aumentam o risco de eventos trombóticos. Além disso, pacientes com osteomielite apresentam fatores de risco adicionais, como bacteremia, marcadores inflamatórios aumentados e disseminação hematogênica. Internação em UTI e/ou uso de cateter venoso central são fatores isolados para TVP e devem também ser considerados.

Pacientes com infecções por *S. aureus* que desenvolvem edema nos membros desproporcional ao sítio acometido devem ser investigados para TVP. Além disso, sintomas como dor pleurítica devem alertar para risco de embolia séptica ou, até mesmo, embolia pulmonar. A TVP pode agravar a doença primária de osteomielite e aumentar o risco de tromboembolismo pulmonar e êmbolos sépticos.

O *S. aureus* é a principal causa de osteomielite em pediatria e aumenta o risco de TVP. A identificação precoce de fatores de risco permite a implementação de terapia anticoagulante profilática. A falta de estudos e protocolos sobre TVP em pediatria é uma preocupação que requer diretrizes mais claras para prevenção e tratamento.

**Palavras Chaves:** S. AUREUS, TROMBOSE, PEDIATRIA

## Outra

### DOENÇA DE KAWASAKI COM DILATAÇÃO DE ARTÉRIAS CORONÁRIAS EM PRÉ-ESCOLAR: RELATO DE CASO

**MARCIO RYAN ARAÚJO DE NOVAES (UNIFG GUANAMBI), JOSÉ LUCAS MOURA VASCONCELOS (UNIFG GUANAMBI), EMILI MARIANE MACHADO GONÇALVES (UNIFG GUANAMBI), BRUNA DE AQUINO MORAIS DA SILVA (UNIFG GUANAMBI), FERNANDA ARAÚJO SILVA PEREIRA (UNIFG GUANAMBI), KAMYLLÉ MARIA OLIVEIRA DE MAGALHÃES (UNIFG GUANAMBI), LUCAS SOUZA FERRAZ (UNIFG GUANAMBI), IAGO ANDRADE TEXEIRA (), VANUSA LESSA NASCIMENTO BENEVIDES (UNIFG GUANAMBI), ANA CLARA SERTÃO ALVES (UNIFG GUANAMBI)**

A Síndrome de Kawasaki, representa a segunda vasculite mais comum na infância, e sua origem ainda não é completamente compreendida. Geralmente, atinge crianças com menos de 5 anos de idade e se manifesta por meio de sintomas como febre elevada, conjuntivite, erupções cutâneas e adenopatia cervical. Essa síndrome decorre de uma condição inflamatória sistêmica aguda que afeta as

artérias, com uma predileção notável pelas coronárias. Quando não tratada, pode resultar em dilatação das coronárias.

Menor, 2 anos e 3 meses, masculino, previamente hígido iniciou quadro de febre alta, persistente (39°C) de seis em seis horas, irritabilidade e hiperemia conjuntival bilateral, não exsudativa (por 2 dias). Após 48 horas de evolução, a genitora buscou atendimento em UPA, onde a criança recebeu o diagnóstico de faringotonsilite e foi liberada com prescrição de amoxicilina. Entretanto, dentro de 24 horas, a criança desenvolveu uma erupção cutânea tipo urticariforme, no tronco, coxas e braços levando à retorno a UPA, na qual foi considerada uma reação alérgica ao medicamento, com suspensão do antibiótico. No quarto dia de doença, a febre melhorou por 12 horas, mas retornou novamente. Genitora levou a criança à consulta ao pediatra, e no exame físico, esta apresentava febre alta, exantema urticariforme, hiperemia e rachaduras labiais. Solicitado exames complementares, apresentando VHS e PCR elevados, anemia discreta e leucocitose. Devido à suspeita clínica de Kawasaki incompleto, prosseguiu-se a investigação com os seguintes exames: albumina, transaminases, EAS, hemograma com provas de atividade inflamatórias e ecocardiograma, que revelou dilatação da artéria coronária descendente anterior, segmento médio. Foi encaminhada para tratamento hospitalar, onde recebeu imunoglobulina e AAS, com melhora clínica. Evoluiu na fase subaguda com plaquetose e descamação periungueal. Atualmente, o paciente continua sendo acompanhado pelo pediatra e cardiopediatra, com eco de controle que demonstra uma redução na dilatação das artérias. Em uso de AAS como antiagregante plaquetário.

No caso descrito, a criança apresenta diagnóstico de DK, com aneurisma de artérias coronárias, evidenciado em exame. Inicialmente, o diagnóstico clínico na fase aguda, não pôde ser estabelecido, uma vez que o paciente atendia a apenas três dos quatro critérios necessários além da febre. Portanto, foi necessário realizar outros exames que compõe o fluxograma para a forma incompleta da doença. Os resultados desses exames permitiram confirmar o diagnóstico da DK.

É relevante enfatizar que 10% dos casos apresentam DK incompleta, quando não preenche todos os critérios, exigindo avaliação complementar. Dessa maneira, fica evidente a singularidade do caso, que devido a falta dos critérios clínicos dificultou a confirmação diagnóstica, sendo necessária solicitação de outros exames laboratoriais e ecocardiograma. Os autores, portanto, denotam a necessidade de buscar critérios clínicos diagnósticos mais sensíveis.

**Palavras Chaves:** KAWASKI, CORONÁRIAS, DIAGNOSTICO CLINICO.

**Agradecimentos:** DRA. VANUSA LESSA BENEVIDES, MÉDICA, PEDIATRA E ORIENTADORA DA PESQUISA.

## Outra

### ANÁLISE DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTO-JUVENIL POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE NO BRASIL NOS DE 2011 A 2021: O PERFIL MAIS AFETADO SEGUNDO SEXO E FAIXA-ETÁRIA.

**IZABELA ALVES COSTA DE SOUZA (UFF), LAURA PEREIRA DEL'ARCO (UFF), HELENA LOBATO SERRANO (UFF)**

Já se sabe que os serviços de emergência pediátrica contam com frequentes admissões de tentativas de suicídio entre crianças e adolescentes. À vista disso, entende-se que o óbito por lesões autoprovocadas intencionalmente entre esse grupo denota devida atenção do departamento de saúde. Cabe salientar, dessa maneira, a relevância de reconhecer o perfil do paciente acometido pelo suicídio juvenil, de modo a permitir o traçamento de fatores de risco não modificáveis que possam estar relacionados à problemática.

Avaliar o impacto da mortalidade por suicídio de crianças e adolescentes em relação à taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil nos anos de 2011 a 2021 e analisar o perfil dos grupos mais afetados segundo sexo e faixa etária.

Os dados foram obtidos diretamente do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), disponíveis no TABNET/DATASUS referentes ao Capítulo XX da CID-10: Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, grupo Lesões Autoprovocadas Intencionalmente, que engloba os códigos X-60 a X-84. Para a construção das tabulações, foram utilizadas as variáveis Sexo e Faixa Etária para os anos de 2011 a 2021, sendo 2021 o ano mais recente com dados completos no sistema.

A partir das tabulações geradas, viu-se que o suicídio foi responsável por cerca de 0,9% de todos os óbitos de brasileiros do período. Mais especificamente, em relação às faixas etárias de interesse (5 e 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos), os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente representam uma proporção maior, 1,25%. Outro fator que chama a atenção é que tais faixas representam cerca de 8,1% do total de óbitos do grupo selecionado. Nesse contexto, a principal afetada é a faixa etária de 15 a 19 anos, que corresponde a cerca de 84% dos suicídios. A segunda faixa etária com maior número de óbitos é a dos 10 aos 14 anos, a qual representa 15,6% do total. As crianças menores de 5 anos foram excluídas da análise final, dado que indivíduos com menos de 4 anos têm ideia limitada sobre a morte, logo, é difícil afirmar que os óbitos foram realmente suicídios. Em relação ao sexo, os casos masculinos são 3,18 vezes maiores que os femininos para a faixa etária dos 5 aos 9 anos, 1,11 vezes maiores para a faixa dos 10 aos 14 anos e 2,45 vezes maiores para a faixa dos 15 aos 19 anos.

Conclui-se, sob a ótica dos dados expostos, que a mortalidade por suicídio na infância e adolescência representa 8,1% da taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil nos anos de 2011 a 2021. Ademais, o perfil epidemiológico da mortalidade é composto predominantemente por indivíduos da faixa etária de 15 a 19 anos e do sexo masculino. Dados estes, que representam uma parcela significativa do público juvenil que carece de medidas de saúde pública baseadas em maiores estudos científicos na área.

**Palavras Chaves:** SUICÍDIO, MORTALIDADE, INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.

## Genética Clínica

### SÍNDROME DO CHORO ASSIMÉTRICO EM LACTENTE: RELATO DE CASO

**JOSÉ LUCAS MOURA VASCONCELOS (UNIFG GUANAMBI), KAMYLLÉ MARIA OLIVEIRA DE MAGALHÃES (UNIFG**

**GUANAMBI), FERNANDA ARAÚJO SILVA PEREIRA (UNIFG GUANAMBI), MÁRCIO RYAN ARAÚJO DE NOVAES (UNIFG GUANAMBI), EMILI MARIANE MACHADO GONÇALVES (UNIFG GUANAMBI), ANA CLARA SERTAO ALVES (UNIFG GUANAMBI), BRUNA DE AQUINO MORAIS DA SILVA (UNIFG GUANAMBI), LEONARDO DIAS AZEVEDO (UNIFG BRUMADO), LAURA BENEVIDES NASCIMENTO (UNIFG GUANAMBI), VANUSA LESSA BENEVIDES NASCIMENTO (UNIFG GUANAMBI)**

A Síndrome do choro assimétrico é uma rara condição congênita. Essa patologia decorre da hipoplasia do músculo depressor do ângulo da boca caracterizada pela assimetria facial ao chorar e perda de saliva pela comissura oral do lado afetado. O diagnóstico costuma ser clínico. Associação com outras malformações é possível, mas incomum na maioria dos casos. Crianças com essa deformidade podem sofrer dificuldades psicossociais, além de desconforto significativo nos pais.

Lactente, masculino, aos 18 meses, compareceu a consulta ambulatorial com pediatra acompanhada por genitora que queixa de alteração na simetria da boca do paciente durante o ato de chorar. A Assimetria presente desde o nascimento preocupava a genitora quanto a possibilidade de um AVC intrauterino. Alteração imperceptível ao repouso e sorriso, destacando-se apenas ao chorar. Relata que o genitor apresentou o mesmo achado na infância. Paciente previamente hígido, sem outras queixas associadas. Genitora nega antecedentes gestacionais e neonatais. Durante a avaliação, pediatra descartou malformações congênitas associadas, após a avaliação dos testes de triagem neonatal e realização do exame físico completo onde observou-se funções motoras, reflexas e de nervos cranianos preservadas e adequadas para idade. Ao exame, apresentava-se sem alterações significativas no repouso, porém ao chorar notou-se assimetria labial à direita. Restante da musculatura facial não apresentava alterações. Nesse sentido, foi confirmando a hipótese diagnóstica. Ademais, foi esclarecido à genitora quanto ao desfecho favorável e proposto terapia expectante visando reestabelecer a simetria facial com o desenvolvimento compensatório da musculatura da paciente.

No caso descrito o lactente apresenta diagnóstico de síndrome do choro assimétrico por critérios clínicos. Excluiu a possibilidade de paralisia facial congênita, na qual existiriam outras alterações da expressão facial. Ademais, foram pesquisados outros diagnósticos diferenciais e anomalias, como cardiopatia congênita associada a síndrome. Com a terapia expectante espera-se que o músculo risório e outros músculos da face passem a dominar e compensar o déficit na expressão facial, fato que foi observado com o crescimento do menor que atualmente está com 11 anos e não apresenta mais a assimetria.

Perante uma assimetria facial durante o choro, é importante estar atento aos sinais clínicos que possam ajudar a diferenciar entre hipoplasia ou agenesia do músculo depressor do ângulo da boca ou mesmo uma paralisia facial congênita (PFC). Os autores, portanto, denotam a necessidade de buscar diagnósticos diferenciais em lactentes com assimetrias faciais e a importância realização de exames complementares com ênfase do ecocardiograma para avaliação de anomalias cardíacas. Caso tratamento expectante não contemple o resultado esperado, existem abordagem

medicamentosas como uso de toxina botulínica e cirúrgica em casos específicos.

**Palavras Chaves:** ANORMALIDADE CONGÊNITA, ASSIMETRIA FACIAL, CHORO, LACTENTE.

**Agradecimentos:** DRA. VANUSA LESSA BENEVIDES, MÉDICA, PEDIATRA E ORIENTADORA DA PESQUISA.

## Genética Clínica

### RELATO DE CASO: SÍNDROME DE RUSSEL SILVER, UM DIAGNÓSTICO DESAFIANTE

**AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), FERNANDA JARDIM GUERRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), PÂMELA SANT'ANA DE ARAUJO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), CRISTIAN CLAY DE AGUIAR FERREIRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), VANESSA GIL HUMBERTO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO))**

A Síndrome de Russel Silver (SRS) é uma condição genética do tipo heterogênea cujas principais características incluem: restrição do crescimento intrauterino e pós-natal, alterações de crânio/face, assimetrias corporais, baixa estatura, atraso no desenvolvimento, distúrbios comportamentais e sensoriais.

Paciente sexo masculino 2 anos, encaminhado à neurologia por atrasos nos marcos de desenvolvimento (como a fala) e irritabilidade. Apresentava tantrums, experimentação sensorial, estereotípias, bruxismo, baixa estatura e dismorfias, o que motivou o encaminhamento ao geneticista. Ao exame físico morfológico: baixa estatura proporcionada, fronte proeminente, macrocefalia relativa, palato alto, retrognatia, clinodactilia e prega única de 5º quirodáctilo bilaterais, hipoplasia ungueal de 5º pododáctilo, frouxidão ligamentar e pés planos em varo. A mãe apresentou caderneta com peso ao nascer de 1.3 Kg, perímetro cefálico de 31 cm, além de baixo ganho de peso e estatura conforme o desenvolvimento, mantendo-se muito abaixo de três desvios padrões de peso e altura para a faixa etária. Foi solicitada radiografia para cálculo de idade óssea, escanometria, cariótipo e pesquisa de anormalidades cromossômicas por Array. A idade óssea foi de 3 meses para 3 anos e 11 meses de idade cronológica, houve diferença de 0,7 cm entre os membros inferiores e os testes genéticos vieram normais. Foi solicitada pesquisa molecular de MS-MLPA para SRS, que foi confirmada por meio da presença de hipometilação de IC1 em 11p15.5. Atualmente, o paciente possui 3 anos e 11 meses com 87 cm de estatura, peso de 9.4 Kg, além de estar muito abaixo do percentil 3 para idade em peso e estatura, sendo acompanhado por equipe multiprofissional para mitigar déficits de desenvolvimento neuropsicomotor e comportamento.

Neste caso, mostra-se que o paciente necessita de acompanhamento regular com especialistas para otimizar suas capacidades adaptativas e de acompanhante em seus deslocamentos. Recomenda-se monitorar: taxa de velocidade de crescimento, assimetria dos membros, avaliação de escoliose, de cetonas urinárias, glicemia, má oclusão dentária e desenvolvimento neuropsicomotor. É indicado o benefício para o ganho final de estatura e prevenção de hipoglicemia com a terapia com GH. A

SSR envolve uma ampla variedade de fenótipos e comorbidades, o conhecimento do fenótipo favorece diagnóstico precoce, intervenções e melhor qualidade de vida.

A SSR é rara, complexa e de difícil diagnóstico, sendo por vezes confundida com outras síndromes. O tratamento também é um desafio, pois não há uma abordagem terapêutica definitiva, em que os cuidados requerem uma equipe médica multidisciplinar para atender às necessidades do paciente. No entanto, à medida que os estudos e pesquisas avançam, a compreensão da síndrome se aprofunda, esperando-se que mais progressos sejam feitos no diagnóstico precoce, tratamento eficaz e num melhor prognóstico.

**Palavras Chaves:** RUSSEL SILVER, GENÉTICA, DESENVOLVIMENTO

## Genética Clínica

### REGISTRO BRASILEIRO DE SÍNDROME DE DOWN, EM CRIANÇAS. COMO ESTAMOS?

**LETÍCIA ALBUQUERQUE COSSICH (UFRJ), AMANDA FARIA DE FIGUEIREDO RODRIGUES DA SILVA (UFRJ), MARCIA GONÇALVES RIBEIRO (UFRJ)**

A Síndrome de Down é a cromossopatia mais frequente, apresentando a incidência de 1:1000, a qual aumenta com o avanço da idade materna. É importante conhecer dados brasileiros sobre o registro dessa síndrome, para que possam ser oferecidos serviços adequados de acordo com suas necessidades.

Descrever a frequência nacional e regional de nascidos vivos (NV) e de NV com síndrome de Down (SD) e a distribuição de acordo com a idade materna, descrever a distribuição de NV com cromossomopatias de acordo com a idade materna, descrever a frequência nacional e regional de óbitos de crianças menores de quatro anos com SD, descrever a frequência de óbitos, por faixa etária, em geral e de crianças com SD.

Estudo observacional, descritivo e transversal. Dados da base TabNet - DATASUS. Período estudado: 2010-2021. Variáveis estudadas: nascidos vivos, óbitos, idade materna e idade do óbito. Análise descritiva com distribuição de frequência, medidas de tendência central e dispersão.

O número de NV foi de 34.564.430, o de NV com SD foi de 12.816 (frequência de 1:2.696). A média de NV com SD nacional durante o período do estudo foi de 1.068/ano, o maior registro de nascidos com SD ocorreu em 2018 e o menor em 2014. A distribuição regional da média de NV foi de 512,83 (Sudeste), 230,66 (Nordeste), 199,5 (Sul), 74,66 (Norte) e 50,33 (Centro-Oeste). A faixa de idade materna com maior número de NV com SD foi de 20-34 anos, seguida por 35-39 anos (2011-2013) e com cromossomopatias foi de 35-39 anos, seguida por 40-44 anos (2010-2021). A média de óbitos nacional durante o período do estudo foi de 218,58/ano, o maior registro ocorreu em 2015 e o menor em 2020. A distribuição regional de óbitos foi de 85,58 (Sudeste), 63,75 (Nordeste), 31,91 (Sul), 20 (Norte) e 17,33 (Centro-Oeste) para crianças até quatro anos. Na faixa de menores de 1 ano de idade, o número de óbitos para crianças com SD foi de 2.005, enquanto que de 1-4 anos foi de 618 no período estudado. Dentre os óbitos ocorridos entre 2010-2021, 3% corresponderam à faixa de menores de 1 ano de idade e 1% à faixa de 1-4 e, dentre os óbitos de indivíduos com SD, a faixa menor que 1 ano correspondeu a 30% e a de 1-4, a 9%.

Sugerimos que o registro de NV com SD tenha sido subdimensionado, já que a literatura aponta como ocorrência de 1 a cada 1.000 NV. O maior número de NV com SD ocorreu na região Sudeste, por provável melhor notificação. Da mesma forma que deva ter ocorrido em relação aos óbitos. Acreditamos que a distribuição do número de NV com SD em relação à idade materna não tenha mostrado o mesmo que os NV com cromossomopatias em função do menor período de dados disponíveis, pois a SD é a cromossomopatia mais frequente. A frequência de óbitos em menores de 1 ano foi maior que a de 1-4 anos. A porcentagem de óbitos de indivíduos com SD na faixa etária menor que 1 foi 10 vezes maior que a mesma faixa em óbitos no mesmo período.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME DE DOWN - IDADE MATERNA- ÓBITOS - NASCIMENTO

**Agradecimentos:** AOS MEUS PAIS E ÀS MINHAS ORIENTADORAS, QUE ESTIVERAM COMIGO DESDE O INÍCIO.

## Genética Clínica

### SÍNDROME DE DOWN: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRECOCE E DO RASTREIO DE MALFORMAÇÕES GRAVES

**LUÍSA SOUAMI BELFORD ROXO (UFRJ), GABRIELA ARAKAKI FARIA (UFRJ), BRUNA SUZARTE CAMPELO (UFRJ)**

Síndrome de Down é uma cromossomopatia caracterizada pela trissomia do cromossomo 21, cursa com alterações morfofisiológicas e atraso no neurodesenvolvimento. A presença de cardiopatias congênitas é muito frequente. Alterações nos sistemas gastrointestinal, endócrino, osteoarticular e na visão e na audição, são apresentações descritas. O diagnóstico pode ser clínico, laboratorial. Pode ser realizado ainda no período pré-natal, o que garante uma atenção direcionada a possíveis complicações do feto desde antes do parto.

LRR, lactente de 10 meses, idade corrigida de 9 meses, nasceu de 36 semanas, peso de nascimento 2760g, Est 47cm, PC 33 cm, APGAR 9/10. Mãe com pré natal sem intercorrências, refere TN, USG morfológico e Eco fetal normais. Ao nascer ficou 48h em AC com a mãe, e teve alta sem intercorrências, ROV normal, EOA alterado bilateralmente, Teste de saturação normal. Teste do pezinho normal. Evoluiu com dificuldade de ganho ponderal e com 22 dias de vida foi internada por desconforto respiratório progressivo, na internação observou-se fâscies e outros estigmas compatíveis com Síndrome de Down, realizado cariótipo posteriormente que confirmou Trissomia livre do Cromossomo 21. Realizado Ecocardiograma que evidenciou CIA tipo ostium secundum e CIV basal, com sobrecarga cardíaca, necessitou de atrioventriculoseptoplastia, com bom resultado cirúrgico. Fez uso de furosemida e captopril, já suspensos. USG transfontanela, de abdome e quadril normais. Ficou 130 dias internada em UTI pediátrica. Apresentou hipotireoidismo subclínico em exames laboratoriais pouco após abordagem cirúrgica, já normalizados ambulatorialmente, anticorpos auto-ímmunes da tireóide negativos. Evoluiu com aversão oral e dificuldade de sucção, com necessidade de realizar gastrostomia, porém já está com estímulo com fonoaudiologia. Realizou PEATE alterado, porém

estava muito secretiva no momento do exame e irá rever. Realiza fisioterapia motora semanal. Tem ainda clínica de APLV em uso de fórmula extensamente hidrolisada.

Baseado no relato apresentado, torna-se clara a importância do rastreamento de cardiopatias congênitas, além de outras complicações possivelmente associadas à Síndrome de Down - o que se soma à necessidade de reforço do rastreamento precoce do diagnóstico em si, atentar ainda para o conhecimento a cerca das características clínicas da Trissomia do 21.

O conhecimento pré-natal de patologias é relevante para a redução das consequências e melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Dessa forma, conclui-se que por mais que a síndrome de Down já tenha um protagonismo em diversas campanhas, ainda há desconhecimento a cerca do diagnóstico e sua associação com comorbidades importantes, principalmente as cardiopatias congênitas, sendo interessante reforçar seu diagnóstico clínico e rastreamento precoce de malformação com repercussão grave.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME DE DOWN, CARDIOPATIA CONGÊNITA, DIAGNÓSTICO

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### COLELITÍASE INFANTIL: RELATO DE CASO

**LUYANE MARZOCCHI BATALHA (UNIG), MARIANA CARLINE CASTELO BRANCO DUARTE (UNIG), GABRIEL PESSANHA GONÇALVES SILVA (UNIG), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HSJA), FERNANDA CARDILO LIMA (HSJA), ISABEL ZAGO VIEIRA LESSA (HSJA), RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM (HSJA), THAMMY DE LIMA BASTOS ROSA (HSJA), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HSJA), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HSJA)**

A colelitíase é definida como uma doença causada pela presença de cálculos na vesícula biliar, o que ocasiona um desequilíbrio no órgão. A doença é considerada rara em lactentes e possui baixa incidência em adolescentes, enquanto na pediatria tem-se observado um crescimento no número de casos da doença.

Paciente M.F.L.F, sexo feminino, com 3 anos deu entrada em unidade de pronto atendimento do município alegando que há 3 meses iniciou quadro de dor abdominal com piora progressiva e irradiação para fossa ilíaca direita (FID), com alívio dos sintomas em decúbito lateral e intensificação a movimentação, associado com episódios de febre (39° C) e vômitos. Mãe refere que fez uso de simeticona ambulatorialmente sem melhora do quadro clínico. Sendo realizados antieméticos e analgesia aguardando internação. Paciente foi transferida para enfermaria pediátrica, onde no exame físico tínhamos um abdome plano, flácido, doloroso à palpação em FID, peristalse presente, sem visceromegalias ou massas palpáveis. Apresentou repetidos vômitos de característica biliosa e inapetência, sendo realizada hidratação venosa, ceftriaxona, metronidazol, sulfato de amicacina e ibuprofeno, onde apresentou melhora da dor abdominal com persistência dos vômitos e inapetência. Foi submetida a ultrassonografia de abdômen total, destacando-se na vesícula a presença de pequenos cálculos móveis à mudança de decúbito, correspondente a uma colelitíase. A conduta iniciada na enfermaria de frente para esse diagnóstico foi a suspensão dos medicamentos, sendo prescrito o uso de ácido ursodesoxicólico

na dose de 15mg/Kg/dia. Paciente apresentou evolução clínica satisfatória, evoluindo para alta e com seguimento ambulatorial com a cirurgia pediátrica.

Constata-se que a colelitíase em pacientes pediátricos é uma condição clínica que exige uma abordagem cuidadosa, pois observa-se que o tempo de início dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento decorram em maior tempo devido a prevalência da doença ser muito baixa nessa faixa etária. A apresentação atípica dos sintomas, o diagnóstico desafiador e as opções de tratamentos individualizadas destacam a importância de uma avaliação abrangente, sendo o diagnóstico correto e em menor tempo, uma forma de evitar complicações e melhorar qualidade de vida dos pacientes sintomáticos.

**Palavras Chaves:** COLELITÍASE, CÁLCULO BILIAR, EMERGÊNCIA, CRIANÇAS

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### VÔMITOS INCOERCÍVEIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**DEBORAH B. S. TONELLI DE ALMEIDA (HOSPITAL BARRA D'OR), CARLA CRISTIANE DALL OLIO (HOSPITAL BARRA D'OR), MICHELLE CÔRREA HYGINO (HOSPITAL BARRA D'OR), DIVA MARIA PUNTAR (HOSPITAL BARRA D'OR)**

Vômito é um sinal que costuma preocupar muitos os familiares das crianças, pelo medo de desidratação ou de ser um primeiro sintoma de doenças mais graves como meningite. Porém, diversas afecções funcionais ou orgânicas, agudas ou crônicas podem se manifestar com vômitos.

O médico pediatra tem importante papel na abordagem do quadro de vômitos para definir se é um quadro leve e autolimitado ou até mesmo um sintoma de uma doença mais agressiva que necessite de investigação e tratamento específicos.

Escolar, 6 anos e 2 meses, sexo feminino, dá entrada na emergência pediátrica apresentando quadro de vômitos iniciado há mais de 10 dias, sem melhora com medicação sintomática. Sem febre, dor abdominal ou diarreia. Sem queixas álgicas. Nega alteração de comportamento ou alimentar. No período, procurou a emergência três vezes, com exame físico e rastreio infeccioso normais, e recebendo orientação de manter medicação sintomática.

Após a terceira ida a emergência foi indicada internação para hidratação venosa, antiemético (Ondansetrona) regular e investigação. Após a internação permaneceu cerca de 24 horas sem sintomas, no dia seguinte voltou a apresentar náuseas e vômitos.

Durante a internação foi medicada com Ondansetrona regular, mas manteve vômitos. Foram solicitados parecer da gastroenterologia pediátrica, neurologia pediátrica e oftalmologia, realizados exames laboratoriais como hemograma, bioquímica, exame de urina, além de tomografia de crânio: normal, ultrassonografia de abdome: normal, fundo de olho: normal. Neuropediatria solicitou eletroencefalograma (EEG) que apresentou raros potenciais epilépticos difusos ou nas regiões posteriores.

Após análise do eletroencefalograma, foi prescrito Oxycarbamazepina, e desde então não apresentou mais nenhum episódio de vômito recebendo alta hospitalar com diagnóstico provável de epilepsia occipital.

A epilepsia occipital é dividida em precoce ou síndrome de panayiotopoulos e tardia ou síndrome de Gastaut, ambas são consideradas raras, idade-relacionada, afetam ambos os sexos e têm forte componente genético.

Na maioria das vezes a precoce é constituída por crises noturnas de vômitos e desvio tônico dos olhos além de irritabilidade e agressividade. Na forma tardia é comum apresentar: amaurose, desvio do olhar, oculoclonias, ilusões e alucinações, fechamento palpebral forçado e piscamentos,

É fundamental que todo quadro de vômito seja analisado de forma individualizada já que esse sintoma é característico de diversas patologias clínicas e cirúrgicas em pediatria.

Deve-se ressaltar a importância de uma anamnese detalhada e exame físico minucioso para que se estabeleça um diagnóstico assertivo.

**Palavras Chaves:** VÔMITOS, EPILEPSIA, PANAYIOTOPOULUS, SINDROME GASTAUT

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO: RISCO IMINENTE NA EMERGÊNCIA

**DEBORAH B. S. TONELLI DE ALMEIDA (HOSPITAL BARRA D'OR), CARLA CRISTIANE DALL OLIO (HOSPITAL BARRA D'OR), MICHELLE CÔRREA HYGINO (HOSPITAL BARRA D'OR), DIVA MARIA PUNTAR (HOSPITAL BARRA D'OR), MARIA CR**

A maioria dos casos de ingestão de corpo estranho em pediatria ocorre entre os 6 meses e os 6 anos, principalmente de forma acidental, com objetos encontrados em domicílio como pequenos brinquedos, moedas, baterias, jóias (tarraxas, brincos). Na grande maioria dos casos relatados a eliminação ocorre de forma espontânea, não necessitando de intervenções.

Lactente, 10 meses e 16 dias, admitida na emergência com queixa de tosse, roncocal e coriza iniciada há 3 dias e febre iniciada naquele dia. Ao exame inicial apresentava broncoespasmo, foi medicada com resgate de salbutamol e solicitado radiografia de tórax, que evidenciou corpo estranho circular com halo em esfôago. Mãe relatou que não viu paciente colocado o corpo estranho na boca, porém o pai havia trocado bateria do relógio na véspera.

Foi solicitada endoscopia digestiva alta e internação em unidade de terapia intensiva pediátrica para observação clínica rigorosa.

Endoscopia evidenciou "lesão química proximal em esfôago com necrose extensa, possível perfuração bloqueada".

Retornou da endoscopia com ventilação mecânica com tubo orotraqueal e permaneceu por 3 dias, após extubação permaneceu em cateter nasal de alto fluxo por mais três dias.

Durante a internação evoluiu com pneumonia tratada com antibioticoterapia venosa.

Nova endoscopia digestiva alta de controle, treze dias após a primeira identificou "lesão caustica em esfôago proximal, ainda com área ulcerada, porém evolutivamente melhor".

Não necessitou de dilatação esofágica e recebeu alta hospitalar após quinze dias.

A conduta em relação ao corpo estranho irá depender do tipo de corpo estranho ingerido, da presença ou não de sintomas associados e do local de impactação.



No caso em questão de ingestão de bateria, independente do local de impactação e da presença ou não de sintomas devemos conduzir como uma emergência na maioria dos casos, exceto caso a bateria já esteja em estômago ou intestino delgado e caso seja menor que 20 mm e em paciente maiores que cinco anos de idade.

É de extrema importância que o pediatra e educadores orientem quanto os riscos de ingestão de corpo estranho em crianças e a necessidade de manter os objetos fora do alcance delas mesmo que tenha algum cuidador por perto. Felizmente a maioria dos casos de ingestão de casos resolvem-se de forma expectante, porém os poucos que evoluem com gravidade podem causar lesões graves e permanentes nas crianças.

**Palavras Chaves:** CORPO ESTRANHO, BATERIA

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO EM ADOLESCENTE: UM RARO EVENTO

**JULIANA NOGUEIRA DA CUNHA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), JULIANA DE OLIVEIRA SOBREIRO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), THAISA SAMPAYO FERREIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), EDUARDO LEÃO INÁCIO DE MELO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), ISABEL GUERREIRO LIMA DE ALBUQUERQUE (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), FELIPPE DE SOUZA BOMFIM (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO(HMMC)), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES/FSM)**

Hematoma subdural crônico(HSDC) é o acúmulo de sangue no espaço entre a dura-máter e a membrana aracnóide por mais de 21 dias. Na faixa etária pediátrica é raro e ocorre principalmente em lactentes, ligado a trauma crânioencefálico(TCE) abusivo, trauma perinatal, coagulopatia e presença de shunts. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de HSDC após TCE em adolescente.

Adolescente masculino, 15 anos, sofreu traumatismo crânioencefálico(TCE) após queda da própria altura durante partida de futebol há aproximadamente 1 mês. No momento do acidente não apresentou perda de consciência, náuseas, vômitos ou outros déficits neurológicos focais. Após 1 semana do trauma iniciou com episódios de cefaléia em região occipital, náuseas, vômitos, vertigem, turvação visual e febre não aferida com piora progressiva dos sintomas em um período de três semanas. Nesse período, o paciente recebeu atendimento em três unidades de saúde, sendo diagnosticado com dengue e prescrito sintomáticos. Quatro semanas após o acidente, evoluiu com piora dos sintomas, associado a episódios de síncope. Foi internado em 10/08/23, realizada tomografia computadorizada de crânio(TC) que evidenciou HSDC frontoparietal à direita, sendo indicada neurocirurgia por apresentar sinais de hipertensão intracraniana(HIC)

O hematoma subdural pode ser agudo, subagudo ou crônico e evoluir com HIC e morte por herniação cerebral. O padrão ouro diagnóstico é a TC de crânio, porém anamnese é fundamental e a vigilância neurológica quanto aos sinais de HIC cruciais para indicação de abordagem cirúrgica para descompressão intracraniana. O HSDC é de rara ocorrência na faixa etária pediátrica, tendo um prognóstico favorável quando diagnosticado precocemente. O manejo pode ser conservador ou cirúrgico a

depende da ocorrência de HIC. No presente caso a craniectomia descompressiva ocorreu sem intercorrências e o paciente recebeu alta no D5 de pós operatório.

O hematoma subdural de causa traumática é uma frequente etiologia na infância e adolescência, contudo a apresentação crônica é rara na faixa etária pediátrica principalmente na ausência de coagulopatia ou necessidade de anticoagulação. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fatores prognósticos relacionados à patologia.

**Palavras Chaves:** HEMATOMAS UBDURALCRÔNICO, HIGROMAPEDI-ATRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE

**Agradecimentos:** SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA E SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HMMC

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO COM SINAIS DE ALARME: A CLÍNICA DEFINE A CONDUTA

**BÁRBARA DE SOUZA MARTINS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED), DHYOGO PEREIRA SINIONATO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED), GILVAN PIRES DE CASTRO JÚNIOR (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED), INÊS NICOLOSO DE CASTRO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED), PEDRO HENRIQUE ALVES ZANIBONI GUZZO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED), AMANDA MARIA ALVES DE PAULA ARAÚJO (UNIG), CARLOS ALBERTO DE SOUZA MOREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO/HMMC), JOÃO PEDRO BRUM DA COSTA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED), ANA CAROLINA RABELLO DA SILVA MAZZOLI (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

O Traumatismo crânioencefálico (TCE) é motivo frequente de atendimento na emergência. É considerado moderado a grave na presença de fraturas ou sangramentos intracranianos e é a principal causa de morte e incapacidade no trauma pediátrico e afetando cerca de 280 a cada 100.000 crianças em todo o mundo. O adequado manejo determina melhor prognóstico. A tomada de decisão para indicação cirúrgica depende de parâmetros clínicos e achados no exame de imagem.

Feminino, 9 anos, admitida em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) queda do telhado de aproximadamente 5 metros, associado a síncope, não presenciada por adulto. O pai observou sangramento na cabeça, e buscou emergência. Na admissão apresentou vômitos 2 vezes, porém Glasgow 15. À tomografia computadorizada (TC) de crânio evidenciou-se uma fratura occipital alinhada sem sangramento associado e sem desvio de linha média sendo indicado manejo conservador. Alta hospitalar em D2.

Feminino, 2 anos, com relato de queda da própria altura não assistida pelos pais alteração do sensorio alternando, irritabilidade

e sonolência. Manteve irritabilidade e seis episódios de ênese, embora Glasgow 14. Realizou TC de crânio que evidenciou um hematoma subgaleal occipital à esquerda e hematoma epidural parieto-occipital à esquerda com espessura máxima de 23 mm com desvio contralateral de 7 mm, sendo indicada craniectomia descompressiva. Alta hospitalar em D4.

Os achados físicos no TCE variam de acordo com a idade e com o mecanismo de trauma e o sangramento intracraniano pode ocorrer na presença ou ausência de fraturas. O hematoma epidural(HED) na criança pode ser de origem arterial ou venosa, pois pode resultar da laceração de um vaso meníngeo de seio venoso, diferente do paciente adulto que geralmente o sangramento é decorrente da artéria meníngea média. Na TC, de um HED deve-se avaliar: desvio da linha média, apagamento giral, compressão do ventrículo lateral ipsilateral ao hematoma, compressão das cisternas basilares, perda focal ou generalizada de diferenciação branco-acinzentada indicando edema cerebral, hérnia uncal, subfalcina ou transtentorial. O intervalo lúcido, pode ocorrer com perda da consciência, seguida de melhora e posterior piora neurológica súbita associado a Tríade de Cushing e sinais clínicos de déficit neurológico focal. Nos casos descritos ocorreu TCE com sinais de alarme, porém a cinética do trauma gerou lesão intracraniana e HIC em apenas um deles, contudo a presença de fratura linear no caso sem HIC, exigiu internação pelo risco potencial de sangramento intracraniano nas 24-48h subsequentes. Em ambos a vigilância neurológica foi fundamental e apresentaram boa evolução, sem sequelas na alta hospitalar.

A anamnese detalhada sobre o mecanismo do trauma, sinais de alarme, exame de imagem permite rápida classificação de risco, definição cirúrgica, e necessidade de cuidados intensivos minimizando lesões secundárias cerebrais, sequela neurológica grave e óbito.

**Palavras Chaves:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. HEMATOMA EPIDURAL, PEDIATRIA

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### QUEIMADURA COMO ACIDENTE DOMÉSTICO: RELATO DE 3 CASOS

**CHARLIZE DIAS ROCHA ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIÓCA / IDOMED) ), JOÃO PEDRO SEQUIM CARNEIRO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MILENA OLIVEIRA COSTA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), IGOR RAFAEL MATTOS DE PONTES (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), LUNA ISABELLA MELO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), CLARA OLIVEIRA CAMARANO, (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MARIA PAULA MICELLI PORTHUM, (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), LUANA RODRIGUES GUSMÃO DO NASCIMENTO ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIÓCA / IDOMED) ), MARIANA ANTUNES PEREIRA (UNIGRANRIO/HMMC), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

As queimaduras por agentes físico-químicos são importante causa de morte e morbidade em todas as faixas etárias, determinando sequelas físicas, psicológicas e óbito. Sua gravidade depende da duração e intensidade do contato com o agente, área

afetada, profundidade e idade. Nas crianças a supervisão é crucial para prevenção.

Feminina 1 ano e 4 meses, com queimadura de 1º e 2º grau por escaldadura com café, afetando 30% de sua superfície corporal(SC). Chegou desidratada sendo admitida na Unidade de Terapia Intensiva pediátrica(UTIP), onde após estabilização foi submetida a 2 desbridamentos cirúrgicos(DC), curativos com sulfadiazina de prata sem necessidade de enxertia cutânea, e sendo transferida para um Centro Tratamento Queimados(CTQ) no D4.

Feminina, 1 ano e 10 meses, com queimadura de 2º grau por café, afetando 18% de SC. Ficou internada na UTIP por 5 dias, onde realizou 3 DC e curativos de hidrofibra antimicrobiano, com carboximetilcelulose sódica e prata. Recebeu alta D6 para seguimento ambulatorial.

Feminina 10 anos, com queimadura por supercola, seguida de abrasão em ambas as coxas, mãos e genitália, devido a uma brincadeira com a prima. Permaneceu 2 dias na UTIP. Transferida para enfermaria, teve boa evolução com curativos com sulfadiazina de prata inicialmente e curativo de hidrofibra antimicrobiano. Alta D4 para tratamento ambulatorial.

As queimaduras estão ligadas a populações socioeconômicas vulneráveis, baixa educação e ambientes de risco, principalmente doméstico, particularmente na faixa etária pediátrica. A taxa de mortalidade hospitalar em países desenvolvidos é cerca de 4-5%, enquanto no Brasil, de 2015 a 2020, houve 19.772 óbitos por queimaduras, sendo 53,3% por queimaduras térmicas, 46,1% elétricas e 0,6% outras causas. Além dos debridamentos cirúrgicos sequenciados em CTQ, aliados a potente analgesia, o uso de curativos além do convencional com sulfadiazina de prata, como aqueles com alginato de prata, hidrogéis, curativos úmidos, curativos com gel de petrolato e coberturas de pele sintética tem garantido menores tempos de cicatrização e maior intervalo entre os curativos impactando em menor tempo de internação e menos dor no manejo terapêutico.

É crucial adotar medidas preventivas e políticas abrangentes, incluindo educação em saúde dos pais e cuidadores, melhorias no acesso ao cuidado médico especializado, pois o adequado manejo determina melhor desfecho

**Palavras Chaves:** QUEIMADURAS, ACIDENTE DOMÉSTICO, PEDIATRIA

**Agradecimentos:** SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HMMC

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### MANEJO CONSERVADOR EM PACIENTE ADOLESCENTE VÍTIMA DE POLITRAUMATISMO

**ANA CAROLINA RABELLO DA SILVA MAZZOLI (IDOMED), AMANDA MARIA ALVES DE PAULA ARAÚJO (UNIG), BÁRBARA DE SOUZA MARTINS (IDOMED), DHYOGO PEREIRA SINIONATO (IDOMED), GILVAN PIRES DE CASTRO JÚNIOR (IDOMED), INÊS NICOLOSO DE CASTRO (IDOMED), PEDRO HENRIQUE ALVES ZANIBONI GUZZO (IDOMED), KÁTIA FARIAS E SILVA (FSM)**

Politrauma é caracterizado por múltiplas lesões traumáticas simultâneas causadas ao corpo, por forças externas de quaisquer natureza em que pelo menos uma delas coloca o paciente em risco iminente de morte. É responsável por 95% das internações

de trauma pediátrico na emergência, sendo de maior prevalência no sexo masculino. Acidentes com veículos automotores são considerados globalmente o motivo mais frequente de morte de adolescentes.

Masculino, 15 anos, admitido por politraumatismo após queda de aproximadamente 2 metros, sendo arremessado do Bus Rapid Transit (BRT), Glasgow 3. Apresentava Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) grave e fratura em tornozelo esquerdo. À tomografia computadorizada (TC) de crânio, evidenciou-se: fratura temporal e diversos hematomas sem desvio de linha média, TC tórax, evidenciou contusões nos segmentos posteriores do pulmão esquerdo. Optou-se por manejo conservador, sendo realizado exames laboratoriais e tomografia computadorizada de crânio seriados no qual foram evidenciados melhora clínica. Paciente foi extubado em D7. Transferido para hospital particular em D16.

Mecanismos contundentes de lesão e características físicas específicas das crianças, resultam em lesões multissistêmicas. O estado das crianças em sua maioria não se deteriora durante o tratamento, e a maioria das crianças politraumatizadas não apresentam instabilidades hemodinâmicas. A abordagem cirúrgica nesses casos é definida pelo curso clínico do paciente. É fundamental o monitoramento do paciente em cuidado intensivo para vigilância de descompensação hemodinâmica por sangramento de segunda intenção em fígado e baço, hemorragias internas de identificação tardia, rabdomiólise, insuficiência renal, distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos, diminuição do metabolismo cerebral e dos danos causados pela lesão secundária do TCE.

Pacientes pediátricos apresentam particularidades anatômicas e fisiológicas frente a cinética do trauma, e idade. É de suma importância que esse paciente seja assistido por uma equipe multidisciplinar especializada, assegurando uma atenção adequada à criança, com tomada de decisão rápida na presença de sinais de alarme que sugiram herniação pelo risco de morte.

**Palavras Chaves:** POLITRAUMA, MANEJO CONSERVADOR, TCE, PEDIATRIA

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### ACIDENTES COM LINHA CHILENA NA PEDIATRIA E SUAS REPERCUSSÕES

**ANA CAROLINA RABELLO DA SILVA MAZZOLI (IDOMED), BÁRBARA DE SOUZA MARTINS (IDOMED), PALOMA FERNANDES COELHO (IDOMED, HMMC), RODRIGO BESSA DE PAIVA (IDOMED, HMMC), FELIPPE DE SOUZA BOMFIM (HMMC), CALIEL WERLY DE SOUZA (IDOMED), KÁTIA FARIAS E SILVA (FSM, HMMC)**

Empinar pipas é uma brincadeira popular de baixo custo, acessível e que faz parte da infância, promovendo a interação entre gerações. É uma fonte muito rica de aprendizado. Apesar de ser um lazer, a atividade vem sendo relacionada à ocorrência de lesões graves e até mesmo óbitos sejam eles decorrentes à quedas ou a lesões causadas pela linha, especialmente quando se utiliza o cerol. A incidência dos acidentes provocados por linhas cortantes de pipa são mais prevalentes em crianças do sexo masculino.

Masculino, 9 anos, admitido no Hospital de Emergência após lesão corto-contusa profunda em membro inferior esquerdo por linha chilena. Chegou com quadro de choque hemorrágico,

sendo realizada a cirurgia de emergência e hemotransfusão sem intercorrências. Após procedimento cirúrgico e estabilização do quadro, paciente foi regulado de vaga zero e transferido para o Hospital de maior porte para acompanhamento com cirurgia vascular. Durante o período de internação seguiu em curva de melhora clínica, com estabilidade hemodinâmica sendo avaliado e liberado pelos serviços de cirurgia vascular, ortopedia e traumatologia e pediatria. Alta hospitalar em D2.

Sabe-se que no Brasil acidentes de causas externas correspondem ao maior gasto e custos de internação se comparados às causas naturais. Sendo assim, torna-se imprescindível ao poder público o ato de fiscalizar práticas com alto potencial traumático, como ao exemplo do uso de linhas confeccionadas para o corte mecânico que, há tempos, são utilizadas pelas crianças no ato de empinar pipas.

Vale ressaltar que o problema não está na brincadeira de soltar pipa e sim nos aspectos perigosos que a envolvem. Sendo assim, as crianças se tornam as mais suscetíveis aos acidentes, uma vez que não possuem consciência da consequência dos perigos. A prevenção com medidas educativas junto a escolas, pais e cuidadores, associado a leis restritivas, de maior controle para o uso e confecção de linhas de alumínio é imperativo.

**Palavras Chaves:** ACIDENTE, LESÃO CORTO CONTUSA, LINHA CHILENA

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### OBSTRUÇÃO ADESIVA DO INTESTINO DELGADO CAUSANDO HERNIA INTERNA: DIAGNOSTICO DESAFIADOR DE DOR ABDOMINAL NA EMERGÊNCIA

**IGOR RAFAEL MATTOS (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), ANA CAROLINA CAETANO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), RODRIGO BESSA DE PAIVA (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO/HMMC), ALESSANDRA OLIVEIRA (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO/HMMC), PALOMA FERNANDES COELHO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO/HMMC), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC):**

A obstrução adesiva do intestino delgado(OAID) é uma causa significativa de morbidade a longo prazo em crianças após cirurgia abdominal. Ocorre em 1-6% das crianças após cirurgia, a qualquer momento, desde o período pós-operatório imediato até muitas décadas depois. A incidência de OAID varia consideravelmente após tipo de cirurgia (laparotomia ou cirurgia videolaparoscópica), presença de perfuração ou abscesso intracavitário na primeira cirurgia.

Adolescente de 14 anos e história de apendicectomia com peritonite há 5 anos, inicia quadro de dor abdominal intensa e progressiva em cólicas no andar inferior que evoluiu com episódios de vômito, sem febre ou outros sintomas associados. Procurou pronto-atendimento sendo prescrito dipirona sem melhora, sendo encaminhado para hospital.

Realizou Tomografia Computadorizada(TC) de abdome e pelve que evidenciou pequena quantidade de líquido livre na cavidade, distensão líquido-gasosa de alças de delgado no abdome inferior, com aparente transição para alças com calibre normal na fossa ilíaca

direita. Foi optado por manejo conservadora por suspeita de brida sendo mantida observação hospitalar, dieta zero, ciprofloxacino e metronidazol IV e sintomáticos. Exames iniciais de sangue e bioquímica dentro dos valores de referência. Após 72 horas de manejo conservadora houve piora da perfusão periférica e paciente em regular estado geral com perfusão lentificada, piora dos exames laboratoriais com desvio a esquerda e leucocitose no hemograma, elevação de PCR e acidose metabólica, alças de intestino delgado mais distendidas à TC abdômen. Indicada laparotomia exploradora. Achado cirúrgico de muita aderência, hérnia interna e necrose de parte do intestino delgado, sendo realizada enterectomia segmentar de aproximadamente 10 cm do íleo e anastomose látero-lateral. Realizou pós-operatório no CTIPED evoluindo com melhora progressiva. Alta em D 21.

Histórico de cirurgias prévias é o fator que mais aumenta a probabilidade de obstrução por brida, especialmente se laparotomia, independentemente do tempo que passou desde a operação. A relação paradoxal na qual o tratamento é o principal fator de risco para formação de novas aderências, torna o manejo conservador uma opção inicial em pacientes com bridas pós-operatórias oligossintomáticas. Na população pediátrica, 35-45% dos pacientes apresentam sinais e sintomas que requerem laparotomia imediata. Entre aqueles em quem o manejo não operacional foi tentado, a taxa geral de sucesso varia de 16 a 52%.

Embora na maioria dos casos, o tratamento conservador seja um meio eficaz de manejo da OAID em crianças conforme dados da literatura, é importante estar alerta para sinais de isquemia mesentérica ou não resolução do quadro, com vigilância clínica rigorosa, para intervenção cirúrgica imediata impedindo necrose intestinal e desfechos desfavoráveis.

**Palavras Chaves:** HERNIA INTERNA, OBSTRUÇÃO ADESIVA INTESTINO DELGADO, PEDIATRIA

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### LESÃO ENDOVASCULAR E FRATURA CERVICAL POR PAF DE MANEJO CONSERVADOR EM ADOLESCENTE

LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), ANNA CAROLINA AMORIM CORRÊA LIMA MARON (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), ISABEL GUERREIRO LIMA DE ALBUQUERQUE (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), JULIANA DE OLIVEIRA SOBREIRO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), LUNA ISABELLA MELO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), VINICIUS GOMEZ RIBEIRINHO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)

Lesões na região cervical por ferimentos de arma de fogo estão intimamente relacionados à elevada morbidade e mortalidade. A entrada do projétil pode causar fraturas, lesões vasculares, esofágicas, traqueais e faríngeas. Diante deste cenário, a conduta torna-se complicada devido ao envolvimento de diversas estruturas. O objetivo do presente estudo é relatar um caso sobre lesão endovascular e fratura cervical por Projétil de arma de Fogo (PAF) de manejo conservador em adolescente.

Adolescente masculino, 15 anos, vítima de PAF cervical em 16/07/2023, foi internado em hospital em 17/07/2023 apresentando dor em região cervical e ombro direito com irradiação para região peitoral ipsilateral.

Foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) de coluna cervical, que evidenciou fragmentos metálicos de PAF em canal vertebral direito de C3 e na parede anterior do forame transversário de C4, sem outras fraturas ou listeses.

Posteriormente, foi feita arteriografia, na qual havia oclusão traumática por PAF da artéria vertebral direita em segmento V2, à nível do forame transversário de C3, com boa circulação colateral suprimindo território basilar.

Frente à ausência de déficits neurológicos e demais alterações ao exame físico, o serviço de neurocirurgia optou pela conduta conservadora e o paciente recebeu alta em 01/08/2023.

A abordagem da vítima de lesão por PAF depende do estado neurológico do paciente, estabilidade da coluna, localização do projétil e nível da lesão e existência de indicações especiais que necessitem de tratamento intervencionista. Além disso, diante de uma lesão endovascular associada, deve-se garantir a viabilidade da vascularização da região acometida para que se possa optar pela conduta conservadora.

O manejo conservador de lesão endovascular e fratura de cervical pode ser considerado quando a apresentação clínica-neurológica é favorável, associada a boa circulação colateral capaz de suprir o território vascular da estrutura acometida e estabilidade das vértebras envolvidas no trauma. Pacientes sem lesões neurológicas não têm indicação cirúrgica devido ao risco de lesões adicionais.

**Palavras Chaves:** FERIMENTO POR ARMA DE FOGO, TRAUMATISMO VASCULAR, TRAUMA CERVICAL

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### A IMPORTÂNCIA DO OLHAR AMPLIADO NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE PEDIÁTRICO NA EMERGÊNCIA

LAURA SOLA BLOISE (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), CLARA VITRAL CASTELLO BRANCO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), LAURA DUARTE SOUSA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), MARIANA FIALHO ARAÚJO DA SILVA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), CAIO MARCELO MARINHO DE MIRANDA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), JOÃO GABRIEL FREITAS GOUVEA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), LEOMIR LACERDA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), LUCAS ALCIDES BARIZON LAMIN (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), PAULO VITOR DA SILVA MACHADO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ)), KATIA FARIAS E SILVA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO(UERJ))

Crise convulsiva é uma das emergências mais frequentes no cenário pediátrico. Suas causas mais frequentes são episódios febris e infecções de Sistema Nervoso Central. Contudo, quando é afebril, é necessário um olhar mais atento para paciente pediátrico em pronto atendimento, visando afastar processos expansivos,

malformação arteriovenosa, alterações metabólicas, epilepsia, trauma craniano abusivo ou anomalias congênitas.

Lactente de 10 meses com episódios de crises convulsivas recorrentes desde 6 meses de idade, agravadas em frequência e duração no 9º mês. Na admissão apresentou crise tônico-clônica prolongada sem febre ou sinais meníngeos. Foi medicado com diazepam IV e feita Tomografia Computadorizada(TC) de crânio, descartando abordagem neurocirúrgica de urgência, porém detectando fechamento de suturas lambdóide e coronal parcialmente na reconstrução em 3D. Apresentava crises de ausência com duração de 5 minutos aos 6 meses, esporadicamente (SIC). Apresentou episódios convulsivos de ausência e tônico-clônicos em vigência de febre, que ocorreram aos 9 meses e foram associados ao quadro de dengue.

HPP: Suspeita de craniossinostose feita aos 4 meses. PC (Perímetro Cefálico) estagnado em 42cm desde os 2 meses. Grave atraso no desenvolvimento. Não acompanha estímulos sonoros nem se interessa por brinquedos, apenas luzes. Mãe relata estereotípias, nistagmo horizontal, balança cabeça repetidamente e não fixa o olhar. Realizada EEG com acentuados sinais de disfunção localizada ou projetada em áreas multifocais, especialmente parietais, de caráter específico e sofrendo secundária generalização. Iniciado fenobarbital 3 mg/kg/dia VO com controle do quadro convulsivo e marcada consulta com neurocirurgia na alta.

A craniossinostose é um distúrbio de fusão prematura de uma ou mais suturas cranianas, ocasionando um crescimento compensatório do cérebro perpendicular às suturas patentes. O resultado é um crânio anormal em formato e volume devido a limitação de espaço, gerando um aumento da pressão intracraniana.

O diagnóstico é feito com medidas antropométricas ( não aumento do perímetro cefálico), e exames de imagem como Tomografia de crânio evidenciando suturas fechadas. Alterações no formato do crânio podem ser percebidas pelos pais ou pediatras nos primeiros meses de vida. Idealmente, o tratamento deve ser feito antes do oitavo mês de vida., O diagnóstico precoce, permite melhor prognóstico.

Neste caso, com diagnóstico tardio aos 10 meses, já ocorreu comprometimento motor e cognitivo.

É fundamental a puericultura , bem como a escuta da fala dos pais sobre as alterações percebidas no desenvolvimento dos filhos, e ter o olhar diagnóstico ampliado mesmo na situação de emergência para o diagnóstico precoce de condições como a craniossinostose.

**Palavras Chaves:** CRISE CONVULSIVA, CRANIOSSINOSTOSE, PUERICULTURA

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### ESTENOSE DO FORAME MAGNO: IMPORTANTE ESTAR ALERTA PARA ESTE DIAGNÓSTICO NO PACIENTE ACONDROPLÁSICO PEDIÁTRICO

**ANA JULIA ROCHA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), ANA CLARA CÔRTE REAL VIEIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MARIA EDUARDA GIBBON OLIVEIRA**

**(FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), DAISY MELO RIBEIRO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), JUSSARA FRESTA DE MOURA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), GIOVANNA GANLEY ZIMMERMANN SCHWEITZER (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MARIA CLARA SERRA SOEIRO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), LARA MOSER (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM))**

A acondroplasia é a mais comum das displasias esqueléticas, causada por uma mutação no gene 3 do receptor do fator de crescimento de fibroblastos (FGR3). A expressão clínica desta doença se caracteriza pela redução de ossos longos, protuberância craniana frontal e a estenose de forames da base do crânio. A estenose do forame magno costuma se manifestar na infância e acarreta múltiplas complicações, associadas ou secundárias a um efeito mecânico do distúrbio esquelético. É importante estar alerta para detectar precocemente sinais desta complicação no seguimento do paciente pediátrico acondroplásico.

Masculino, 2 anos e 5 meses, recebeu diagnóstico de acondroplasia em Serviço especializado em 12/06/2023. Tem atraso global do desenvolvimento, estenose do forame magno com hipotonia cervical e mielopatia compressiva na transição crânio-cervical. Em consulta de rotina dia 19/07/2023 encontrava-se em franco desconforto respiratório, e temperatura axilar de 38°C. Recebeu diagnóstico de pneumonia bilateral e foi solicitado internação hospitalar de emergência.

Ficou internado durante 3 dias e, após piora evolutiva, por necessidade de cuidados intensivos pediátricos, foi transferido para outra Unidade para continuidade de tratamento de Bronquiolite associada à Pneumonia. Necessitou de oxigenoterapia com Ventilação Não Invasiva (VNI), broncodilatador, corticóide inalatório e sistêmico. Fez uso de Cefepime e Vancomicina por 14 dias, Recebeu alta em D 22 com agendamento para o dia 03/10/2023 procedimento corretivo de estenose de forame magno em Centro de Referência Neurocirúrgica desta complicação da acondroplasia, após parecer conseguido durante internação pela piora de hipotonia cervical observada.

O forame magno é um componente essencial da interação complexa das estruturas ósseas, ligamentares e musculares que compõem a articulação craniocervical. Na acondroplasia, a mutação FGFR3 acelera a ossificação das cartilagens nas sincondroses interesfenoidal, esfeno e intra occipital e causa seu fechamento prematuro, levando à hipoplasia da base de crânio.

A complicação neurológica mais séria nesses pacientes é a compressão da articulação cervicomedular causada pela deformação e estreitamento do forame magno. A mielopatia cervical consequente, pode manifestar-se pela presença de clônus e hiperreflexia, hipotonia, apneia do sono e morte súbita. Devido às complicações potencialmente letais associadas aos sintomas da doença, tem sido indicada a descompressão neurocirúrgica para alargar o forame magno e aliviar a pressão na medula cervical aos pacientes com sintomatologia grave.

Este relato alerta para a importância do pediatra geral conhecer as especificidades e complicações potencialmente letais associadas a doenças de base e genéticas de seus pacientes, durante puericultura e atendimento geral, e, mesmo em situações de emergência, sempre avaliando globalmente o paciente para prevenir, pelo diagnóstico precoce tais complicações quando presentes.

**Palavras Chaves:** ESTENOSE DO FORAME MAGNO, ACONDRÓPLASIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE

**Agradecimentos:** DR ANTÔNIO BELLAS, NEUROCIRURGIÃO PEDIÁTRICO

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE: RELATO DE CASO

**LUCILA DOS PASSOS INÁCIO (UNIVERSIDADE IGUAÇU), LORENA DA SILVA PEREIRA (UNIVERSIDADE IGUAÇU), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), TARCILIO MACHADO PIMENTEL (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), PAULA MARTINS RIBEIRO GARCIA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), INDYARA CORDEIRO MACHADO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MARCO ANTÔNIO GOMES ANDRADE (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MAIARA SALES GABRIELI (UNIVERSIDADE IGUAÇU)**

A púrpura trombocitopênica imune (PTI) é uma doença de origem autoimune, caracterizada pela redução do número de plaquetas. É a principal causa de trombocitopenia na infância, com pico de incidência entre 2 e 5 anos de idade.

É uma doença heterogênea, de patogênese complexa, com alteração na apresentação do antígeno e na ativação da célula T, distúrbio na estimulação das células e dos anticorpos e alteração na ativação do sistema complemento.

Pode ser classificada como primária ou secundária, sendo a primária caracterizada por plaquetopenia isolada, sem identificação de fator precipitante. Mesmo sendo de etiologia desconhecida, alguns fatores como mutações genéticas, drogas ou doenças infecciosas podem afetar o fenótipo da doença.

Geralmente, ao exame físico a criança apresenta bom estado geral, sem febre, dor, perda de peso ou hipoatividade e a única manifestação é a presença de petéquias ou equimoses.

A PTI recentemente diagnosticada é geralmente precedida por infecções virais. Aproximadamente 80% dos pacientes apresentam remissão espontânea seis meses após diagnóstico, dos 20% restantes, mais de 50% apresentam remissão espontânea nos próximos quatro anos.

Paciente H.D.R.A, 7 meses, sexo masculino, apresentou queixa de prostração há 3 dias, associada ao surgimento de lesões micropapulares difusas no corpo, tipo púrpura, sem associação a febre, tosse ou coriza nasal. Ao exame físico, encontrava-se hidratado, hipocorado (+/4+), acianótico, anictérico, com presença de pápulas de aspecto púrpúricas difusas em todo corpo.

Os exames adicionais mostraram: hemoglobina: 10,4 g/dL, hematócrito: 31%, leucócitos: 11.800 células/mm<sup>3</sup>, plaquetas: 0,360 (<1.000). Foi iniciada prednisolona sem melhora após 9 dias de uso, sedo iniciado pulsoterapia com metilprednisolona 30 mg/kg/dia por 5 dias, resultando em melhora clínica e laboratorial. Paciente recebeu alta com prescrição de prednisolona na dose de 2 mg/kg/dia e acompanhamento com hematologista.

A PTI aguda, tem uma maior incidência na infância, quase sempre precedida de infecção viral.

PTI aguda é aquela com menos de seis meses de duração da plaquetopenia, já a crônica é definida por plaquetopenia durante mais de 6 meses.

O diagnóstico é feito através da história clínica, do exame físico e por exclusão de outras causas de trombocitopenia como neoplasias hematológicas, infecções bacterianas ou virais, disfunções medulares e colagenoses.

Conclui-se que a escolha do tratamento deve ser individualizada, levando em conta não só a contagem de plaquetas, mas a presença de sinais e sintomas hemorrágicos de alarme e os efeitos adversos da medicação usada.

**Palavras Chaves:** AUTOIMUNE, PLAQUETOPENIA

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### POLITRAUMA TORÁCICO E ABDOMINAL NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA-RELATO DE 2 CASOS

**ANA CAROLINA DA CUNHA CAETANO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), IGOR RAFAEL MATTOS DE PONTES (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), TATIANA PEREIRA DE LIMA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), GABRIELA RANGEL (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), RODRIGO BESSA DE PAIVA (HMMC), ALESSANDRA OLIVEIRA (HMMC), MARIA URURAHY PÓVOA DUARTE VILLELA (HMMC), LUANA RIBEIRO DA SILVA RANGEL (HMMC), JOÃO PEDRO MARINS BRUM BRITO DA COSTA (HMMC), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

A lesão traumática é a principal causa de morbimortalidade na criança de 1 a 14 anos de idade. Dentre os diferentes tipos de lesão possíveis, o trauma torácico é responsável por uma elevada mortalidade, sendo ainda maior quando associada ao trauma abdominal. O manejo inicial do trauma em crianças visa avaliar rapidamente as lesões, determinar prioridades de manejo e intervenções críticas.

Feminina, 4 anos, vítima de acidente automobilístico envolvendo um carro e um veículo de reboque, sofreu um atropelamento atingindo a região torácica. Realizou tomografia computadorizada (TC) de crânio, coluna cervical, tórax, abdome e pelve. TC de tórax evidenciou, vidro fosco esparsos e bilaterais, sugestivos de contusão pulmonar. Liberada pela neurocirurgia e Ortopedia, mantida em vigilância intensiva pelo risco de sangramento de segunda intenção, em uso de amoxicilina + clavulanato. Manteve-se hemodinamicamente e neurológicamente estável, apenas com murmúrio vesicular diminuído em bases. Evoluiu bem com alta em D5.

Feminina, 10 anos, vítima de atropelamento por um carro, com trauma em região abdominal. Realizou TC de crânio e cervical, com ausência de alterações, e TC de tórax evidenciando moderado pneumomediastino, pneumotórax bilateral pequeno/moderado à direita e pequeno à esquerda. Extensa consolidação em lobo inferior direito e imagens sugestivas de contusões do parênquima pulmonar bilateralmente. TC abdomen evidenciou laceração hepática grau 3 em segmentos VI e VII e laceração em diafragma sem perda de continuidade. Realizou laparotomia exploradora, toracostomia com drenagem em selo d'água bilateral e refia hepática, além da colocação de

quatro drenos abdominais. Recebeu expansão, hemotransfusão e antibioticoterapia IV com Tazobactam. Evoluiu com regular estado geral, sinais vitais dentro dos critérios de normalidade, Em ventilação mecânica por 9 dias. Abdome flácido, peristáltico, sem visceromegalias, e ferida operatória em boas condições porém fístula biliar de manejo conservador. Refez pneumotórax após retirada de dreno em hemitórax esquerdo, após 5 dias de evolução. Alta D21 em boas condições.

As crianças apresentam maior frequência de lesões multissistêmicas, devido a sua menor massa corporal, maior transferência de energia. Comprometimento circulatório, ventilatório e lesões viscerais. Contusões pulmonar e miocárdica podem ocorrer sem fraturas costais. O pneumotórax hipertensivo é a lesão que mais causa letalidade. Nos traumas contusos as lesões viscerais abdominais são comuns, os órgãos possuem cápsula mais espessa e elástica e hemorragia cessa espontaneamente permitindo tratamento conservador com maior frequência.

O atendimento pré-hospitalar, deve ter conhecimento das particularidades da abordagem pediátrica. O prioritário é a estabilização hemodinâmica e o manejo pode ser cirúrgico ou conservador, mas a vigilância clínica é essencial.

**Palavras Chaves:** POLITRAUMA TORACICO E ABDOMINAL, CHOQUE HEMORRÁGICO

## Cuidados Hospitalares - Emergência

### ABSCESSO PERIODONTAL COM COMPLICAÇÃO EM ADENITE E ABSCESSO RETROFARÍNGEO: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL NA PREVENÇÃO

CALIEL WERLY DE SOUZA ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), JOÃO PEDRO MARINS BRUM BRITO DA COSTA ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), JOÃO VICTOR WIECHERS AIETA SANTORO ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), ANA CAROLINA RABELLO DA SILVA MAZZOLI ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), PAULA BARBOSA GARRITANO ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED)), GABRIELA DOS SANTOS HÖELZ (HMMC), LARA MOSER (HMMC), PEDRO JOSÉ FARIAS BACH (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM))

Os abscessos periodontais são descritos como eventos de inflamação aguda, que resultam em dor e aumento progressivo do tecido gengival, fazendo parte de situações clínicas graves de urgência na qual o paciente deverá receber cuidados imediatos para alívio da dor, restabelecimento da função e da estética. Em formas mais graves, podem acometer tecidos moles, formando celulites e abscessos adjacentes, como também tecidos duros, onde ocorrem osteíte e osteomielite e ainda evolução com sepsis, endocardite e abscessos cerebrais.

Masculino, 6 anos, admitido com história de dor em região submandibular direita há 5 dias com evolução em edema com hiperemia local acentuada, febre não aferida e prostração importante, taquipneia sem esforço. Avaliação do bucomaxilo na emergência e TC face e pescoço com contraste realizou diagnóstico de abscesso periodontal com adenite associada, foi internado e iniciou antibioticoterapia venosa com ceftriaxona e clindamicina e antiinflamatório. No dia seguinte realizada extração dentária e colocação de dreno no local do abscesso no centro cirúrgico. Permaneceu na unidade por mais 7 dias em antibioticoterapia intravenosa, seguindo em curva de melhora clínica com estabilidade da dor, sendo avaliado e liberado no oitavo dia de internação pelos serviços de Pediatria e Bucomaxilo. Alta hospitalar com orientações de antibioticoterapia por mais 7 dias via oral com cefalexina e clindamicina.

No caso descrito, a evolução do quadro em mais de 5 dias, tornou a intervenção cirúrgica imprescindível devido ao acometimento das regiões anexas, principalmente a cadeia linfonodal da região cervical e retrofaringea, gerando intensa dor local acompanhada de aumento de volume e hiperemia. A evolução com adenite e abscesso retrofaringeo expõe a criança ao risco de sepsis, choque séptico e eventual parada cardiorespiratória, tornando assim uma condição clínica de um problema inicialmente de fácil resolução, em caso grave. Vale enfatizar a importância da equipe multidisciplinar disponível para suporte ao pediatra de plantão, cuja avaliação rápida e a conduta precisa do serviço de cirurgia bucomaxilofacial, impediu o agravamento do quadro, com risco de vida para a criança.

A prevenção e cuidado da saúde bucal é fundamental. Neste caso, a gravidade da doença se deu por conta da falta de acesso à informação e aos maus cuidados de higiene oral praticados ou estimulados à criança, por uma situação social onde houve falha da educação em saúde.

**Palavras Chaves:** ADENITE, ABSCESSO RETROFARINGEO, PEDIATRIA,

**Agradecimentos:** AO SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL DO HMMC

## Alergia e Imunologia

### PRESENÇA ATÍPICA DE POLIPOSE NASAL DECORRENTE DE RINITE ALÉRGICA: RELATO DE CASO.

BEATRIZ CARVALHO SILVA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO), JULIANA REBOREDO MENDES (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO), LUIZA FERREIRA TURIBIO DA SILVA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO), RAQUEL GODOY CUNHA (UNIVERSIDADE DO GRANDERIO), ANA CLÁUDIA DA CUNHA BILATE (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO)

A Rinite Alérgica (RA) é uma doença respiratória crônica com sintomas como obstrução nasal, coriza e espirros, causada por inflamação mediada por IgE. A RA apresenta alta prevalência, afetando até 40% das crianças. O caso exposto mostra uma apresentação atípica com poliposes nasais na faixa etária pediátrica.

D.P.S, 13 anos, sexo masculino, portador de rinite persistente moderada desde o segundo ano de vida, tratado de maneira irregular com anti-histamínico e corticóide nasal. Aos 9 anos de vida, o quadro obstrutivo se tornou mais grave e após avaliação

do otorrinolaringologista houve detecção de pólipos sinusais, sendo então submetido a polipectomia com grande melhora dos sintomas. Meses após a primeira cirurgia, voltou a apresentar obstrução nasal e novas sinusites bacterianas. Aos 11 anos, com rinite obstrutiva persistente e detecção de novos pólipos, realizou nova remoção cirúrgica desses. Com o retorno da rinosinusite persistente grave, meses após o procedimento, procurou o alergista com a seguinte avaliação imuno-alérgica: IgE específica para *Blomia tropicalis*: 11 (VR menor 0,35), IgE específica para *D. Pteronyssinus* 2,9 (VR menor 0,35), IgE para *D. Farinae* 3,08 (VR menor 0,35), IgG, IgM e IgA dentro dos valores normais. Já o hemograma, apresentou uma leve eosinofilia: 690u/L, sendo então iniciado o corticoide tópico nasal (fluticasona) associado a anti-histamínico nasal (azelastina), levocetirizina oral e imunoterapia dessensibilizante com alérgeno de ácaros. Durante os 6 meses de tratamento, o paciente apresenta rinite leve intermitente e nenhuma complicação bacteriana.

O caso apresentado oferece reflexão para a compreensão das complexidades da rinite alérgica em crianças e adolescentes, especialmente quando se trata de uma apresentação atípica com pólipos nasais.

A cronologia da evolução da doença destaca a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado da RA na infância. No entanto, a evolução para um quadro mais grave com obstrução por polipose nasal e a recorrência dos pólipos após cirurgia são incomuns e requerem uma investigação mais aprofundada, como por exemplo, a presença de Fibrose Cística, frequentemente associada à polipose nasal.

Além disso, a ausência de complicações bacterianas durante o tratamento sugere que o controle da resposta alérgica pode reduzir a predisposição a infecções secundárias e, no contexto exposto, a formação de novos pólipos.

Torna-se relevante, portanto, a compreensão acerca da polipose nasal atípica decorrente da rinite alérgica em pacientes pediátricos. Nesse sentido, destacam-se a importância do diagnóstico precoce da patologia, os fatores associados à presença de pólipos nasais e as abordagens personalizadas para seu manejo adequado.

**Palavras Chaves:** RINITE ALÉRGICA, POLIPOSE NASAL

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS À DRA ANA CLAUDIA DA CUNHA BILATE PELA OPORTUNIDADE E AUXÍLIO COM O RELATO DE CASO.

## Alergia e Imunologia

### MASTOCITOSE CUTÂNEA NA INFÂNCIA: COMPROVANDO O CARÁTER BENIGNO

**ALICE D'ÁVILA COSTA RIBEIRO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MARIANA GOMES PEÇANHA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), GABRIELA SALVAREZ TEIXEIRA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MATHEUS SLADE FARIA MANCEBO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), BIANCA VIEIRA GONÇALVES (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MARIA ELISA LENZI RIBEIRO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MARA MORELO ROCHA FELIX (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), JAQUELINE COSER VIANNA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), RODRIGO CARDEAL MENEZES (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MONICA SOARES DE SOUZA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)**

A mastocitose cutânea (MC) é definida pela proliferação de mastócitos exclusivamente na pele sem acometimento de outros órgãos, contrastando com a mastocitose sistêmica. Seus aspectos clínicos e sintomas estão relacionados à liberação de mediadores e sua distribuição anatômica. É mais frequente entre as crianças e pode ser congênita, sendo 80% dos casos manifestados no primeiro ano de vida, com predomínio no sexo masculino.

A MC pode se manifestar como mastocitoma, mastocitose cutânea difusa, telangiectasia macular eruptiva persistente e urticária pigmentosa (UP), sendo a última a forma mais comum, também conhecida como maculopapular. O prurido é o sintoma mais frequente e, em geral, localizado na região de infiltração dos mastócitos.

Relataremos quatro casos clínicos com predomínio da forma de UP, início dos sintomas antes de 1 ano e bom controle.

1: Masculino, 4 anos, aos 3 meses iniciou com lesões eritematopapulosas que evoluíram para acastanhadas em todo o corpo, medindo 0,5-1,9 cm, permanentes, sem mudança de coloração, sem fatores de piora. Sinal de Darier positivo e triptase normal.

2: Masculino, 6 anos, iniciou aos 3 meses com lesões urticariformes, principalmente em tronco e disseminando para o corpo. Com o tempo essas lesões evoluíram para cor acastanhada, sem piora. Sinal de Darier positivo.

3: Masculino, 3 anos, aos 3 meses, iniciou máculas hipercrômicas, não pruriginosas, difusas, que posteriormente foram convescendo. Sinal de Darier positivo.

4: Feminino, 14 anos, iniciou ao nascimento inúmeras lesões eritematopapulosas e eritematodulares, de tamanhos variáveis, entre 0,5 e 5,0 cm, isoladas ou em placas, disseminadas em face, tronco e membros. Sinal de Darier positivo, triptase e punção de medula óssea normais. Atualmente com involução significativa das lesões.

A UP é a forma mais comum de MC na infância, podendo estar presente desde o nascimento. Apresenta quatro subtipos: monomórfica, com lesões de menos de 1cm, mais prevalente em adultos, polimórfica, com lesões maiores que 1cm e formato irregular, forma de placa e forma nodular, mais frequente na população pediátrica. A erupção consiste em pequenas máculas amarelo-acastanhadas a marrom avermelhadas ou pápulas. As extremidades são mais comumente afetadas, seguidas pelo tórax e abdome. O prurido pode ser exacerbado por mudanças de temperatura, exercício, fricção, estresse emocional, etc. Nos primeiros dois anos, vesículas e bolhas podem ocorrer espontaneamente ou após fricção da lesão. Quando a doença começa antes dos cinco anos, quase sempre é limitada à pele e de bom prognóstico.

Mastocitose é uma doença rara, com patologia complexa, genótipos e cursos clínicos variáveis. Na infância, cursa com quadro de expectativa de vida normal.

Os casos apresentados confirmam que a MC na criança é de início precoce, que evolui com melhora das lesões cutâneas, que se tornam acastanhadas, menos infiltradas e em menor quantidade, comprovando o seu caráter benigno.

**Palavras Chaves:** MASTOCITOSE, MASTOCITOSE CUTÂNEA, URTICÁRIA PIGMENTOSA

## Alergia e Imunologia



# UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA COBERTURA VACINAL DE ROTAVÍRUS NO PERÍODO DE 2019 A 2023

**CAROLINE MELO JORDÃO REIS (UNIFESO), MARIANA MOREIRA VANNIER (UNIFESO), PIETRA GARCIA MAFFEI (UNIFESO), JULIANA DE OLIVEIRA LESSA (UNIFESO)**

A imunização é uma das estratégias mais seguras e eficazes para erradicar e controlar doenças transmissíveis, desempenhando um papel na diminuição das taxas de morbimortalidade, especialmente em crianças. A missão do Programa Nacional de Imunização (PNI) é controlar, erradicar e eliminar doenças que podem ser prevenidas por meio da vacinação. Para alcançar esse objetivo, o Ministério da Saúde estabelece indicadores para avaliar o programa, como cobertura vacinal, taxa de abandono e taxa de homogeneidade. O sucesso depende da participação ativa de todos na promoção da saúde pública.

Analisar epidemiologicamente o percentual da cobertura vacinal de rotavírus de 2019 a 2023.

Foi acessado em 28 de agosto de 2023 o portal DATASUS e foram coletados os percentuais referentes aos indivíduos vacinados para rotavírus nos anos de 2019 a 2023. O percentual obtido foi subtraído de 100% para encontrar o referente aos não vacinados.

Uma boa cobertura vacinal é crucial para prevenir o desenvolvimento de doenças de difícil curso e que podem ser potencialmente graves, principalmente quando se trata de crianças ainda na primeira infância, como é o caso do Rotavírus. Nos últimos anos foi notória a redução na adesão vacinal e o impacto é ainda maior quando se trata das crianças até 4 anos de idade.

A menor taxa de adesão foi registrada no ano de 2023, com uma queda de aproximadamente 20% em relação ao ano anterior e de mais de 30% quando comparada com o ano de 2019. A Pandemia do COVID-19 teve início em março de 2019 e a partir deste ano que a cobertura vacinal teve uma grande queda. Existem duas hipóteses quanto à redução do índice de vacinados, uma gira em torno da diminuição da adesão devido ao receio de contágio da infecção viral causada pelo COVID-19, visto que a queda foi significativa após o ano de início da pandemia. E a outra hipótese cursa sobre o aumento da polêmica sobre vacinação durante o período da pandemia, o que fortaleceu movimentos anti-vacinas. Junto a isso, não se pode negligenciar o fato de que uma parcela da população, por falta de acesso a informações verídicas e coerentes, acabam por acreditar na erradicação da doença por conta da diminuição brusca dos casos se comparado há anos atrás.

Esses dados refletem diversas problemáticas no que diz respeito à prevenção e erradicação de doenças, sendo a concepção equivocada de parte da população de que não é preciso vacinar porque as doenças desapareceram. Além disso, a falta de adesão às vacinas está intrinsecamente ligada ao movimento antivacina, o qual se baseia frequentemente em informações falsas ou desinformação disseminada, criando uma ameaça à saúde pública, incluindo o ressurgimento de doenças previamente controladas. Dessa forma, é fundamental que os sistemas de saúde intensifiquem os esforços para garantir a disponibilidade, acessibilidade e informação para a

população, de modo a proteger a saúde individual e coletiva dos indivíduos.

**Palavras Chaves:** COBERTURA VACINAL, PROGRAMAS DE IMUNIZAÇÃO, VACINAÇÃO

## Alergia e Imunologia

### ESOFAGITE EOSINOFÍLICA SUBDIAGNOSTICADA EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

**FERNANDA JARDIM GUERRA (UNIGRANRIO), AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIGRANRIO), ANA CLAUDIA DA CUNHA BILATE (UNIGRANRIO), ELIANDRO DAMES POLICARPO (UNIGRANRIO)**

A Esofagite Eosinofílica (EoE) é uma patologia inflamatória imunomediada crônica do esôfago, com sintomatologia relacionada a disfunção esofágica e achados histológicos de inflamação com predomínio de eosinófilos. A EoE é detectada com frequência crescente nas crianças e nos adultos em todo o mundo e existe uma forte associação entre a EoE e outras patologias com um fundo atópico, nomeadamente asma, rinite e eczema atópico.

G.M.A, 13 anos, rinite, asma e dermatite atópica desde 2 anos, e história prévia de alergia a proteína do leite até 15 meses de idade. Após 2 anos realizando inúmeros tratamentos preventivos farmacológicos, evoluiu com melhora da asma, porém com persistência da rinite e especialmente a dermatite atópica. Possui história familiar positiva para atopia (pai rinite e asma). No momento da primeira consulta a queixa principal era focada da dermatite que se localizava em regiões flexoras, porém com prurido difuso e ressecamento. Durante a anamnese relata disfagia importante e episódios de impactação alimentar, nunca avaliado pelo gastroenterologista. Exames solicitados IgE 963, IgE farinae 85, IgE ptronyssinus maior 100, IgE Blomia 17, IgE para epitélio de cão 58, IgE betalactoglobulina 1,6, IgE alfa lactoalbumina, caseína, painel de fungos, ovoalbumina e ovomucóide negativos. Após avaliação do gastroenterologista, feito diagnóstico de EoE após EDA com biópsia, sendo tratado com inibidor de bomba de próton e corticoide deglutido (fluticasona) e rápida remissão dos sintomas com controle endoscópicos posterior mostrando boa resposta.

O diagnóstico de EoE é clínico-patológico: deve-se ter manifestações clínicas de disfunção esofágica aliadas às alterações de mucosa, a infiltrado eosinofílico e inflamação, à endoscopia e biópsias do esôfago. O tratamento da EoE baseia-se na mitigação da inflamação esofágica, de modo a atenuar a sintomatologia, evitar possíveis complicações, como a condução do tecido esofágico à remodelação e à fibrose, e, conseqüentemente, proporcionar maior qualidade de vida ao paciente.

Neste relato de caso, após o diagnóstico de EoE e tratamento adequado, o paciente apresentou uma boa evolução, permanecendo assintomático e com melhora da qualidade de vida. O quadro descrito sinaliza a necessidade de um olhar mais direcionado na anamnese dos pacientes com sintomas clínicos de patologias com perfil de resposta Th2 especialmente com mais de um sistema associado, a fim de realizar um diagnóstico mais precoce para esses pacientes.

## Alergia e Imunologia

## ESOFAGITE EOSINOFÍLICA: REVISÃO DE LITERATURA

**FERNANDA JARDIM GUERRA (UNIGRANRIO), ELIANDRO DAMES POLICARPO (UNIGRANRIO)**

A esofagite eosinofílica (EoE) é definida como uma patologia crônica do esôfago, de etiologia imunoalérgica, com sintomatologia relacionada com disfunção esofágica e achados histológicos de inflamação com predomínio de eosinófilos

Analisar estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes a EoE.

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados PubMed e EBSCO entre os anos de 2018 e 2023. Os descritores utilizados, segundo o "MeSH Terms", foram: eosinophilic esophagitis. Foram encontrados 161 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 25 artigos pertinentes à discussão.

A EoE é uma doença com distribuição mundial com crescente incidência. Sabe-se que o principal mecanismo imunológico envolvido é mediado por células Th2. Fatores externos estimulam as células Th2 na produção de interleucinas (IL) como: IL-4, IL-5 e IL-13, com a contribuição de uma via mediada por imunoglobulina do tipo E (IgE) e outros mediadores como a eotaxina-3. Os sintomas variam com a idade e podem ser muito semelhantes aos da DRGE. Crianças, até a idade pré-escolar: apresenta recusa ou intolerância alimentar e má progressão estatuto-ponderal, crianças com idade escolar, os sintomas mais prevalentes são vômitos, epigastralgia, pirose e regurgitação. Adolescentes e adultos a impactação alimentar é frequente e a dismotilidade esofágica pode ocorrer, sugerindo o envolvimento da camada muscular da parede do esôfago. O tratamento da EoE baseia-se na mitigação da inflamação esofágica, de modo a atenuar os sintomas, evitar possíveis complicações, como a condução do tecido esofágico à remodelação e à fibrose, e, conseqüentemente, proporcionar maior qualidade de vida ao paciente. Essa terapêutica pode ser mediada por drogas, isto é, por Inibidores da Bomba de Prótons (IBP), corticosteroides tópicos deglutidos (fluticasona e budesonida), por dietas, por dilatação mecânica e por medicamentos biológicos. O dupilumabe 300 mg administrado a cada semana é a primeira terapia biológica sistêmica imunomoduladora seletiva para EoE na população de pacientes acima de 12 anos, demonstrando benefícios clinicamente significativo. Esses achados também foram associados a um perfil de segurança favorável, sem os efeitos colaterais comumente observados com os imunossuppressores sistêmicos não seletivos existentes.

O diagnóstico de EoE é clínico-patológico: deve-se ter manifestações clínicas de disfunção esofágica aliadas às alterações de mucosa, a infiltrado eosinofílico e inflamação, à endoscopia e biópsias do esôfago. O tratamento da EoE baseia-se na mitigação da inflamação esofágica, de modo a atenuar a sintomatologia, evitar possíveis complicações, como a condução do tecido esofágico à remodelação e à fibrose, e, conseqüentemente, proporcionar maior qualidade de vida ao paciente.

### Alergia e Imunologia

## AVALIAÇÃO DA IMUNOGENICIDADE ÀS VACINAS DE SARAMPO, RUBÉOLA E FEBRE AMARELA, EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN NO ÂMBITO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**ANNA PAULA BAUMBLATT (HUPE/UERJ), LUZIA MARIA DE OLIVEIRA PINTO NOGUEIRA (FIOCRUZ), DÉBORA FAMILIAR RODRIGUES MACEDO (FIOCRUZ), MAYARA NETO DA SILVEIRA (UERJ), NATANY EZEQUIEL SANTOS (FCM/UERJ), GABRIELA GOMES VIEIRA (FCM/UERJ), CARLOS ALEXANDRE DOS SANTOS AUGUSTO (FCM/UERJ), RAQUEL BOY (FCM/HUPE/UERJ), SARIANE MARÇAL DE JESUS (FCM / UERJ)**

Crianças com síndrome de Down (SD) têm substancial desregulação imunológica, apresentam anormalidades nos braços humorais e celulares da resposta imune em comparação com indivíduos sem SD. As alterações abrangem tanto o sistema de imunidade inata quanto o de adaptativa, incluindo anomalias em células T e B, monócitos, quimiotaxia de neutrófilos, citocinas circulantes e respostas de anticorpos subótimas, contribuindo para um aumento do risco de infecções e piores desfechos clínicos em geral.

Avaliar a resposta imunológica de um grupo de crianças com SD acompanhadas em ambulatório multidisciplinar específico de um hospital universitário, relativamente às vacinas do sarampo, rubéola e febre amarela.

Foram recrutadas 28 crianças com SD na faixa etária de 3 a 7 anos, acompanhadas ambulatorialmente, para um estudo observacional onde foi realizada coleta de dados clínicos e da caderneta vacinal em consulta, e coleta de sangue periférico para obtenção do plasma, com termo de consentimento e aprovação pelo comitê de ética do hospital. Foi realizado ensaio imunoenzimático (Elisa) IgG no caso da rubéola e sarampo e ensaio de neutralização por redução de placa - plaque reduction neutralization test (PRNT) para febre amarela, realizada com a cepa vacinal 17DD.

Dos 28 participantes com SD, 12 (43%) eram do sexo feminino e 16 (57%) do sexo masculino. Todas as crianças aderiram ao calendário vacinal. No caso da tríplice viral, todos completaram o esquema vacinal mínimo de duas doses. No caso da febre amarela, 2 em 28 não receberam a vacina (93% foram vacinadas). Em média, esse grupo recebeu 3 doses da vacina tríplice/tetra viral aos 36 meses e 1 dose da vacina da febre amarela aos 32 meses. As vacinas foram disponibilizadas pela rede pública e privada de saúde, sendo a grande maioria administrada pelos centros de referência em imunobiológicos e medicamentos especiais (CRIES), aos quais esses pacientes são elegíveis e foram referenciados. Em 17 das 28 (61%) crianças estudadas foram detectados anticorpos IgG contra o vírus do sarampo, em 26 das 28 (93%) foram detectados anticorpos IgG contra o vírus da rubéola, e 23 das 28 (82%) apresentaram títulos detectáveis de anticorpos neutralizantes contra o vírus da febre amarela.

A alta frequência de positividade de resposta às vacinas no grupo estudado, ressalta a importância do incentivo a adequada adesão vacinal como fator de proteção contra agravos de saúde preveníveis. Chama atenção uma menor imunogenicidade relacionada à vacina do sarampo, com detecção menor de anticorpos no grupo

estudado, apesar da boa adesão vacinal. Mais estudos estão sendo realizados com este grupo e com grupo controle com n amostral maior para melhor avaliar e confirmar estes resultados. Reafirma-se, a partir deste estudo, a relevância da implementação de estratégias de incentivo e conscientização por intermédio de políticas públicas para ampliar a cobertura vacinal como medida preventiva de agravos de doença em população vulnerável.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME DE DOWN, IMUNOGENICIDADE, COBERTURA VACINAL

**Agradecimentos:** LABORATÓRIO DAS INTERAÇÕES VÍRUS-HOSPEDEIROS DA FIOCRUZ

## Cardiologia

### IMPORTÂNCIA DA ECOCARDIOGRAFIA FETAL NO DIAGNÓSTICO DO RABDOMIOMA

**ALDALÉA RIBEIRO (CLÍNICA TAQUARA), ANNETE BOBAID MADRUGA (CLÍNICA TAQUARA), ELIANE LUCAS (CLÍNICA TAQUARA), ALICE CELENTE DOS SANTOS (CLÍNICA TAQUARA), ELIZABETH CRISTINA TAVARES (CLÍNICA TAQUARA), LUCAS TORRES SCHWARZER (CLÍNICA TAQUARA)**

Os tumores cardíacos (TC) primários são achados raros com a prevalência aproximada de 0,001% da população. Na infância, o rabdomioma é o tipo mais comum (até 60% dos casos), seguido do fibroma, teratoma, hemangioma e mixoma. O rabdomioma tem uma alta incidência de associação com a esclerose tuberosa (ET). É necessária investigação genética da ET, por ser autossômica dominante, com expressividade variável, podendo ter comprometimento neurológico, renal, cutâneo e alterações em retina. Raramente é um evento esporádico ou mutação genética em casos sem história prévia.

Gestante de 27 anos, primigesta, IG 20 semanas, encaminhada para realização do ecocardiograma fetal (EF) como rotina de pré-natal, realizado antes da ultrassonografia morfológica, onde foi observado presença de pequenas imagens circunscritas homogêneas, ecogênicas em ventrículo esquerdo, átrio esquerdo e ventrículo direito. Os EF seriados evidenciaram a presença de 4 massas ecogênicas arredondadas com crescimento ao longo do período, sugestivas de rabdomiomas, medindo: 6,0x1,5 mm em parede de VE, 9,7x1,3 mm no VD, 7,0x1,4 mm próximo ao anel da válvula tricúspide e 9,9x1,0mm na porção superior de septo interatrial. O exame mostrava a função ventricular normal sem presença de arritmias. As múltiplas imagens não comprometiam o fluxo sanguíneo intracardiaco portanto não havia sinais de obstrução. O percurso da gestação se manteve sem intercorrências, sem sinais de insuficiência cardíaca e disfunções ventriculares e/ou arritmias fetais.

Os rabdomiomas apresentam-se geralmente como massas múltiplas, hipercogênicas (brilho mais intenso que o miocárdio normal), e diâmetros variáveis. A localização mais comum é o miocárdio ventricular (esquerdo e/ou direito) mas podem se localizar no SIV ou nos átrios. Apesar da sua evolução benigna com regressão espontânea, podem ter associação com a esclerose tuberosa em 50 a 80% dos casos alterando assim o prognóstico. A ET é uma doença genética, autossômica dominante, que predispõe a formação de massas tumorais (formados por células iguais as do

tecido de origem) em diversos órgãos e sistemas, especialmente no coração, no sistema nervoso central e nos rins. Apresentam diversas manifestações clínicas como convulsões, síncope e retardo mental. O exame diagnóstico é o ecocardiograma. A biópsia apesar de ser considerado padrão-ouro para estabelecer o tipo morfológico, é um procedimento invasivo, de alto risco, que deve ser reservado apenas aos casos de maior gravidade.

Os autores descrevem um caso raro de rabdomioma cardíaco e a importância do diagnóstico intraútero com a realização do ecocardiograma fetal, permitindo assim um melhor acompanhamento pré-natal, planejamento do parto e auxiliando para um melhor prognóstico.

**Palavras Chaves:** RABDOMIOMA, TUMORES CARDÍACOS, ECOCARDIOGRAMA FETAL

## Cardiologia

### FECHAMENTO PERCUTÂNEO DO CANAL ARTERIAL EM LACTENTE PREMATURO DE BAIXO PESO: UM RELATO DE CASO.

**DIEGO VIEIRA BARRETO (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), RENATA LABRONICI FIGUEIRA RODRIGUES ANTUNES (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), GABRIELA DE MESQUITA FERREIRA BERNARDO (HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO), RAFAEL FERREIRA AGOSTINHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO)**

A persistência do canal arterial (PCA) é uma das cardiopatias congênitas mais comuns, com incidência de até 60% em prematuros, pela falta de mecanismos normais de fechamento devido à imaturidade do RN pré-termo.<sup>1</sup>

O tratamento medicamentoso com AINEs é associado a efeitos adversos, e tem cerca de 60% de sucesso, sendo a ligadura cirúrgica uma alternativa para pacientes com falha nessa terapêutica.<sup>2</sup>

Diante dos riscos associados também à ligadura cirúrgica, a técnica percutânea de fechamento da PCA se desenvolveu e agora mostra melhores resultados a curto e longo prazo, inclusive em prematuros de baixo peso.<sup>3</sup>

RN prematuro, sexo masculino, de 30 semanas e 4 dias de IG, 900 gramas, parto cesáreo por SFA e CIUR, ficou em CPAP até o 8º dia de vida, quando evoluiu com quedas da saturação, iniciando então ventilação mecânica invasiva. Nesse momento foi realizado um ecocardiograma (ECO) mostrando PCA moderado e hipertensão arterial pulmonar (HAP) leve a moderada.

Após 1 mês e 20 dias de vida, evoluiu com PCA amplo, com sobrecarga de ventrículo esquerdo, apresentando repercussão hemodinâmica quando foi sugerido fechamento percutâneo do canal.

Aguardou transferência pela central de vagas até os 2 meses e 6 dias de vida, quando foi transferido a hospital de referência, com peso de 1810g, idade corrigida de 39 semanas e 5 dias.

Foi então realizada oclusão do canal arterial via percutânea, com prótese, sem intercorrências

No 5º dia de pós-operatório, realizou ECO transtorácico, que mostrou prótese em canal arterial, com shunt residual mínimo pelo CA, retornando ao hospital de origem.

Alternativas como terapia medicamentosa ou a ligadura cirúrgica para resolução do PCA são fatores de risco para incapacidade

funcional moderada a grave, atraso no desenvolvimento e comprometimento motor. Dessa forma o fechamento percutâneo se tornou procedimento padrão ouro.

Comparando o fechamento cirúrgico com o percutâneo, notou-se melhora do padrão respiratório dos pacientes submetidos à abordagem percutânea, além de menor índice de complicações.

Há sucesso técnico em 96% a 100% dos casos que utilizam técnica percutânea, no entanto, esses números variam com a idade gestacional, peso de nascimento e o tempo de vida no momento do procedimento. Independente desses fatores, percebe-se que a segurança do procedimento é sempre superior às demais terapias, sendo que a população que mais se beneficia é composta por pacientes graves com alta morbimortalidade.

O desenvolvimento de um procedimento seguro e eficaz, pode significar um avanço no tratamento do canal arterial patente. Entretanto, nosso país carece de maior disponibilidade do procedimento fora dos grandes centros.

Sua eficácia e baixa taxa de complicações, demonstra a importância de seu uso mais amplo, evitando os riscos decorrentes das técnicas medicamentosas e cirúrgicas.

**Palavras Chaves:** PERCUTANEOUS CLOSURE, PATENT DUCTUS ARTERIOSUS

## Cardiologia

### APRESENTAÇÃO SUBCLÍNICA DA COARCTAÇÃO DE AORTA

**MARIANA NOVAES LEITE DUARTE DE CASTRO (UNIVERSIDADE IGUAÇU - UNIG), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), WELLINGTON LUIZ RODRIGUES MAGALHÃES (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), BIANCA BAIRRAL BLANC (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), JÉSSICA DE ABREU ARRUDA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), EWEN DE SOUZA TEODORO (UNIVERSIDADE IGUAÇU - UNIG), JOÃO GABRIEL DE ASSIS BASTOS (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), GISELA CARVALHO VELASCO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MARIANA BASTOS GOMES NOLASCO (UNIVERSIDADE IGUAÇU - UNIG)**

A coarctação da aorta é uma condição congênita que resulta em um estreitamento da aorta, tipicamente próximo ao arco aórtico, levando a hipertensão arterial e complicações sérias, como dissecação aórtica, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. Essa condição pode ser dividida em duas categorias principais: coarctação pré-ductal, que ocorre antes do ducto arterioso e muitas vezes está associada a outras anomalias cardíacas, e coarctação pós-ductal, que é mais comum em pacientes mais velhos.

RN de PMS, á termo, nascido de parto cesáreo eletivo, APGAR 8 no quinto minuto. Os dados antenatais não relataram intercorrências gestacionais. Ao nascimento, apresentava estatura de 45 cm, peso de 3,175 kg, perímetro cefálico de 34 cm, com grupo sanguíneo A positivo.

Após o nascimento, foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) devido a desconforto respiratório e queda de saturação. Inicialmente, foi colocado em suporte ventilatório não invasivo (CPAP) por 24 horas, evoluindo com piora do quadro, necessitando de intubação orotraqueal.

No quinto dia de internação, o paciente apresentou oligúria, hiponatremia e hiperglicemia, porém hemodinamicamente estável. O exame físico revelou edema, discreta hiperemia palpebral bilateral, hidratação adequada, coloração de pele normal, cianose nas extremidades, ausência de icterícia e nenhuma malformação grosseira evidente.

Os dados clínicos e exames realizados sugeriram que o paciente necessitava de monitoramento cuidadoso e suporte intensivo, incluindo suporte respiratório e correção das alterações metabólicas. Sendo realizadas investigações adicionais para determinar a causa subjacente do quadro clínico apresentado, incluindo avaliações laboratoriais e de imagem. Ao ecocardiograma concluiu-se que havia uma coarctação de aorta juntamente com uma hipertensão pulmonar grave, associado a hipoplasia do arco aórtico e forme oval pérvio, sendo portando iniciado prostaglandina E2 e milrinona, além de sedação do paciente.

Além do tratamento clínico, o caso do paciente necessitou de intervenção cirúrgica, sendo portando transferido para unidade especializada. Paciente retorna após procedimento para unidade de origem, evoluindo sem intercorrências até alta hospitalar.

É relevante enfatizar a importância da identificação precoce e do tratamento adequado da coarctação da aorta, uma condição cardíaca congênita com potencial gravidade. O caso clínico apresentado ilustra a complexidade do gerenciamento dessa patologia. É imperativo que os profissionais de saúde estejam vigilantes em relação aos sintomas clínicos e recorram a métodos diagnósticos avançados para possibilitar intervenções tempestivas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e favorecer um prognóstico positivo para os pacientes afetados por essa enfermidade. O acompanhamento multidisciplinar e a participação ativa da família desempenham um papel fundamental na consecução de resultados favoráveis.

**Palavras Chaves:** COARCTAÇÃO, AORTA, CARDIOPATIA

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS À PACIENTE E À FAMÍLIA POR COMPARTILHAREM ESTE CASO CLÍNICO VALIOSO PARA O AVANÇO MÉDICO

## Cardiologia

### COLAGENOPATIAS E SEUS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS: O QUE O PEDIATRA PRECISA SABER?

**DANILO AUGUSTO DE SÁ AMARO (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), EDUARDA CORRÊA MAIA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), VIRGÍNIA LAÍS FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), PEDRO AFONSO SPIZZIRRI DO AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), ARTHUR CHAGAS BRAGA JEAUX TAVARES (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), LUCAS SERRA SANT'ANNA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), PAULO RICARDO DE SOUZA MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), PEDRO HENRIQUE YUKIO MIYAJI (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), RAQUEL GERMER TOJA COUTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/EBSERH), ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE)**

Colagenopatias são um grupo de doenças hereditárias com disfunção do tecido conjuntivo por alterações moleculares que

interferem na via do Fator de Transformação do Crescimento Beta (TGF- $\beta$ ). Neste grupo, as síndromes de Marfan (SM), Ehlers-Danlos (SED) e Loeys-Dietz (SLD) se destacam. A sobreposição fenotípica torna o diagnóstico um desafio. O presente relato discute o caso de adolescente com SLD, principais pontos do diagnóstico diferencial e manejo cardiovascular.

Masculino, 15 anos, chega ao ambulatório de cardiogenética com diagnóstico clínico de SLD por distormosismos faciais, pé torto congênito, fenda palatina e pós operatório de cirurgia cardíaca (ligadura do canal arterial). Apresenta asma controlada e cansaço aos pequenos esforços. Ectoscopia: fronte diminuída, fenda palpebral inclinada para baixo, hipertelorismo ocular, estrabismo divergente, lábio superior fino, úvula bifida, pescoço alado, membros longos, frouxidão ligamentar, aracnodactilia, dedos com deformidade em pescoço de cisne, 4º pododáctilo diminuído, escoliose e joelhos valgus. Inspeção do precórdio: pectus carinatum, ictus propulsivo visível nos últimos três espaços intercostais, ritmo cardíaco regular, com sopro sistólico (3+/6+), mais audível em foco mitral, sem irradiações. A avaliação oftalmológica detectou miopia e subluxação do cristalino esquerdo. O ecocardiograma com Doppler colorido com dilatação aneurismática da porção proximal da aorta, no seio de valsalva (z-score +6) e prolapso de valva mitral com insuficiência mitral moderada. Realizado exame genético. Acompanha com equipe multiprofissional, aguarda tratamento cirúrgico do aneurisma aórtico.

As colagenopatias apresentam características clínicas em comum, entretanto suas evoluções podem ser distintas. As complicações cardiovasculares são frequentes, o aneurisma de aorta e sua ruptura causam aumento da mortalidade. Estudos demonstram que a SLD apresenta maior severidade comparada com SM. A utilização de escores específicos e investigação de história familiar no diagnóstico diferencial ganha importância juntamente com sequenciamento genético. O pediatra, ao observar fenótipo sugestivo de colagenopatias, deve indicar abordagem multidisciplinar, com acompanhamento com médico geneticista, cardiologista, oftalmologista, ortopedista e suporte psicológico. A identificação da síndrome específica, através do estudo molecular, permite melhor abordagem (escolha e frequência de exames complementares, tratamento farmacológico e melhor momento para intervenção cirúrgica). O aconselhamento genético é essencial para identificar familiares que possam apresentar a mesma condição e orientar sobre a possibilidade de transmissão a gerações futuras.

O pediatra possui papel fundamental no diagnóstico das colagenopatias, ao identificar fenótipo característico e história familiar sugestiva. Assim, é possível detectar precocemente complicações, possibilitando tratamento adequado e oportuno a fim de minimizar os desfechos desfavoráveis.

**Palavras Chaves:** COLAGENOPATIAS, LOEYS-DIETZ, ANEURISMA DE AORTA, PEDIATRIA

## Cardiologia

# COLAGENOPATIAS E SEUS DESAFIOS DIAGNÓSTICOS: O QUE O PEDIATRA PRECISA SABER?

**DANILO AUGUSTO DE SÁ AMARO (UNIVERSIDADE FEDERAL**

**FLUMINENSE), EDUARDA CORRÊA MAIA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), VIRGÍNIA LAÍS FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), PEDRO AFONSO SPIZZIRRIDO AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), ARTHUR CHAGAS BRAGA JEVAUX TAVARES (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), LUCAS SERRA SANT'ANNA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), PAULO RICARDO DE SOUZA MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), PEDRO HENRIQUE YUKIO MIYAJI (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), RAQUEL GERMER TOJA COUTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/EBSERH), ANA FLÁVIA MALHEIROS TORBEY (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE)**

Colagenopatias são um grupo de doenças hereditárias com disfunção do tecido conjuntivo por alterações moleculares que interferem na via do Fator de Transformação do Crescimento Beta (TGF- $\beta$ ). Neste grupo, as síndromes de Marfan (SM), Ehlers-Danlos (SED) e Loeys-Dietz (SLD) se destacam. A sobreposição fenotípica torna o diagnóstico um desafio. O presente relato discute o caso de adolescente com SLD, principais pontos do diagnóstico diferencial e manejo cardiovascular.

Masculino, 15 anos, chega ao ambulatório de cardiogenética com diagnóstico clínico de SLD por distormosismos faciais, pé torto congênito, fenda palatina e pós operatório de cirurgia cardíaca (ligadura do canal arterial). Apresenta asma controlada e cansaço aos pequenos esforços. Ectoscopia: fronte diminuída, fenda palpebral inclinada para baixo, hipertelorismo ocular, estrabismo divergente, lábio superior fino, úvula bifida, pescoço alado, membros longos, frouxidão ligamentar, aracnodactilia, dedos com deformidade em pescoço de cisne, 4º pododáctilo diminuído, escoliose e joelhos valgus. Inspeção do precórdio: pectus carinatum, ictus propulsivo visível nos últimos três espaços intercostais, ritmo cardíaco regular, com sopro sistólico (3+/6+), mais audível em foco mitral, sem irradiações. A avaliação oftalmológica detectou miopia e subluxação do cristalino esquerdo. O ecocardiograma com Doppler colorido com dilatação aneurismática da porção proximal da aorta, no seio de valsalva (z-score +6) e prolapso de valva mitral com insuficiência mitral moderada. Realizado exame genético. Acompanha com equipe multiprofissional, aguarda tratamento cirúrgico do aneurisma aórtico.

As colagenopatias apresentam características clínicas em comum, entretanto suas evoluções podem ser distintas. As complicações cardiovasculares são frequentes, o aneurisma de aorta e sua ruptura causam aumento da mortalidade. Estudos demonstram que a SLD apresenta maior severidade comparada com SM. A utilização de escores específicos e investigação de história familiar no diagnóstico diferencial ganha importância juntamente com sequenciamento genético. O pediatra, ao observar fenótipo sugestivo de colagenopatias, deve indicar abordagem multidisciplinar, com acompanhamento com médico geneticista, cardiologista, oftalmologista, ortopedista e suporte psicológico. A identificação da síndrome específica, através do estudo molecular, permite melhor abordagem (escolha e frequência de exames complementares, tratamento farmacológico e melhor momento para intervenção cirúrgica). O aconselhamento genético é essencial para identificar familiares que possam apresentar a mesma condição e orientar sobre a possibilidade de transmissão a gerações futuras.

O pediatra possui papel fundamental no diagnóstico das colagenopatias, ao identificar fenótipo característico e história familiar sugestiva. Assim, é possível detectar precocemente

complicações, possibilitando tratamento adequado e oportuno a fim de minimizar os desfechos desfavoráveis.

**Palavras Chaves:** COLAGENOPATIAS, LOEYS-DIETZ, ANEURISMA DE AORTA, PEDIATRIA

## Cardiologia

### SÍNDROME DE SHONE INCOMPLETA EM RECÉM NASCIDO GEMELAR PREMATURO - UM RELATO DE CASO

**KARINE COELHO DA SILVA FERREIRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), JOÃO GUILHERME MOURA LUCIANO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), LIGIA SOUZA WANDERLEY (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), CARMEN ROSA DE MELO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), MARIA LETÍCIA CARDOSO DE BARROS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), LARISSA RODRIGUES NASCIMENTO LIMA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), MARCOS ANTONIO ARAÚJO DE MELO FILHO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), JULIANA RIBEIRO CARRETA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), LAURA FLORES MATIAS MARTINS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROFESSOR JOSÉ HERDY), VALÉRIA AFFONSO DEBOSSAM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)**

A síndrome de Shone, descrita em 1963, é uma rara condição cardíaca congênita caracterizada por múltiplas anormalidades no lado esquerdo do coração, incluindo anel supra-ventricular mitral, valva mitral (VM) em paraquedas, estenose subaórtica e coarctação da aorta (CoAo) em sua forma completa, enquanto a forma incompleta é caracterizada pela presença de apenas 2 ou 3 dessas anomalias.

Recém-nascido (RN) prematuro de 33 semanas, primeiro gemelar, de gestação monócórionica e monoamniótica, nascido via cesariana com APGAR 9/9, foi admitido na UTI neonatal devido à prematuridade e desconforto respiratório, evoluindo com distensão abdominal e sepse precoce suspeita, iniciando-se antibioticoterapia. Com menos de 24 horas de vida, houve piora clínica com crise convulsiva focal e apneias, requerendo fenobarbital e intubação orotraqueal. No 3º dia de internação hospitalar (IH), devido a um sopro sistólico 3+/6+ a esclarecer, realizou-se o ecocardiograma (ECO), revelando hipoplasia ventricular esquerda (VE), atresia mitral, aorta hipoplásica de 4mm e comunicação interventricular (CIV), iniciando-se Prostaglandina, Dobutamina e solicitado transferência para unidade de cirurgia cardíaca. Novos ECOs realizados durante a IH evidenciaram: CIV moderada, VM em paraquedas, restrição a sua abertura, com gradiente médio de 5 mmHG, aorta hipoplásica após tronco braquiocéfálico e área de coarctação justa ductal. Com 1 mês e 8 dias de vida, paciente foi submetido à correção cirúrgica de hipoplasia de arco aórtico, CIV e CoAo, com hemorragia peri-operatória e no pós-operatório imediato. No entanto, a evolução cirúrgica foi estável, com ECO indicando a correção bem sucedida do arco aórtico, aumento das cavidades esquerdas e preservação da função. Durante toda a internação, enfrentou complicações, incluindo flebite, hemorragia pulmonar e sepse tardia.

O paciente apresenta anormalidades cardíacas que coincidem com a descrição literária da síndrome de Shone na forma incompleta,

em que as alterações apresentadas incluem VM em paraquedas, anel supra-ventricular mitral e coarctação de aorta. A sua raridade e complexidade, decorrentes da ampla variedade de formas de apresentação, tornam tanto o diagnóstico quanto o tratamento desafiadores. A intervenção cirúrgica precoce desempenha um papel crucial na prevenção de complicações sistêmicas graves e na resolução eficaz do quadro, assegurando qualidade de vida e expectativa de vida aos pacientes afetados.

No presente relato, o tratamento cirúrgico demonstrou eficácia, resultando em uma evolução pós-operatória favorável e garantindo uma melhor evolução do caso. No entanto, o acompanhamento periódico ambulatorial é fundamental, uma vez que podem ocorrer complicações a longo prazo e novas necessidades de reabordagem cirúrgica. Destaca-se a relevância da equipe multidisciplinar e o cuidado individualizado devido à singularidade de cada apresentação e às complicações da síndrome de Shone.

**Palavras Chaves:** CARDIOPATIAS CONGÊNITAS, ECOCARDIOGRAFIA, SÍNDROME

**Agradecimentos:** DRA CARLA SANCHEZ, CHEFE DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HMMC

## Cardiologia

### PREVALÊNCIA E PERFIL CLÍNICO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN E CARDIOPATIA CONGÊNITA ACOMPANHADAS AMBULATORIALMENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**ANNA PAULA BAUMBLATT (HUPE/UERJ), ANA TEREZA ANTUNES MONTEIRO DE SOUZA (HUPE/UERJ), NATANY EZEQUIEL SANTOS (FCM/UERJ), GABRIELA GOMES VIEIRA (FCM/UERJ), CARLOS ALEXANDRE DOS SANTOS AUGUSTO (FCM/UERJ), EDNEUSA OLIVEIRA FLOR (PPC/HUPE/UERJ), ALICE VALENTE DA SILVA (HUPE/UERJ), SIMONE AUGUSTA RIBAS (UNIRIO/ PPGSTEH), RAQUEL BOY (FCM/HUPE/UERJ)**

A Síndrome de Down (SD) é a condição genética mais frequente nos seres humanos, podendo manifestar-se associada a comorbidades clínicas, sendo a principal delas a cardiopatia congênita (CC).

Demonstrar a prevalência e o perfil clínico de pacientes pediátricos com SD e CC acompanhados ambulatorialmente no âmbito de um hospital universitário.

Estudo observacional transversal, descritivo. Realizada a análise de dados secundários obtidos em prontuário eletrônico e dados resultantes das consultas de rotina ambulatorial. Incluídas neste estudo todas as crianças com SD e CC diagnosticadas por ecocardiograma após o nascimento.

Foram atendidos um total de 173 pacientes com SD nos últimos 7 anos. Destes, 89 (51,4%) apresentavam CC. Faixa etária de zero a 8 anos. Mediana de 4 anos de idade. 49,4% (44) dos pacientes com CC eram do sexo feminino e 50,6% (45) masculino, não havendo, portanto, predileção por sexo. 29,2% (26) dos pacientes cardiopatas nasceram prematuros com IG mediana de 35 semanas. 41,6% (37) tiveram suas responsáveis encaminhadas para a realização do

ecocardiograma fetal no pré-natal, destes, 56,7% (21) apresentaram laudo normal, e 43,2% (16) diagnóstico pré-natal da CC. 24,7% (22) dos cardiopatas permaneceram internados em UTI neonatal após o nascimento, sendo 6,7% (6) das internações relacionadas diretamente à presença da CC. Outras causas que justificaram a internação neonatal foram prematuridade, icterícia, hipoglicemia, sepsis neonatal, dificuldade de sucção. As CC encontradas no ecocardiograma realizado após o nascimento foram: 21 casos (23,6%) de comunicação interatrial (CIA), 18 casos (20,2 %) de persistência do canal arterial (PCA), 15 casos (16,9%) de defeito de septo atrioventricular (DSAV), 12 casos (13,5 %) de comunicação interventricular (CIV), 6 casos (6,7 %) de CIA + PCA, 5 casos (5,6%) de CIA + CIV (sendo 2 destes casos acompanhados de cleft da válvula mitral), 5 casos (5,6%) de CIV + PCA, 3 casos (3,4 %) de CIA + CIV + PCA, 2 casos (2,2 %) de DSAV + PCA, 1 caso (1,1 %) de tetralogia de Fallot (T4F), 1 caso (1,1%) de T4F + CIA. Verificou-se que 22 pacientes (24,7%) foram submetidos a cirurgia cardíaca corretiva, não ocorrendo nenhum óbito. 50 pacientes (56,2%) foram elegíveis para uso de Palivizumabe, com 100% de adesão à imunoprofilaxia prescrita. Neste estudo observou-se internações hospitalares predominantemente por infecções respiratórias, sendo 15 por pneumonia aguda (2 pacientes tiveram pneumonia de repetição), 5 por bronquiolite, 1 por COVID, e 2 por gastroenterite aguda.

Reafirma-se a importância do diagnóstico precoce da CC em recém-nascidos com SD, realizando o ecocardiograma logo após o nascimento, mesmo se ecocardiograma fetal normal. Neste estudo, a comunicação interatrial foi a CC mais frequente nas crianças com SD. Estes achados devem-se às novas tecnologias e aparelhos modernos de ecocardiografia, que detectam com maior precisão as CC em recém-nascidos, contribuindo para a acurácia dos diagnósticos.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME DE DOWN, PREVALÊNCIA, CARDIOPATIA CONGÊNITA

## Nutrologia

### NUTRIÇÃO DO ADOLESCENTE-DESAFIOS ATUAIS

**MARIA PRISCILA FIGUEIRA (APOSENTADA- SOPERJ), VIVIANE ALVES DOS SANTOS (SOPERJ), MONICA MORETZSOHN (SOPERJ)**

É na adolescência que se iniciam hábitos e atitudes desencadeantes da maioria das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que podem perdurar durante toda a vida, o que traduz a importância do acompanhamento adequado nesta fase do crescimento e desenvolvimento.

Apontar a importância da nutrição do adolescente influenciada não só por fatores biológicos, sociais mas ultimamente pelos efeitos da mídia na imagem corporal.

Os autores se basearam nos dados da pesquisa PeNSE-2019 (Pesquisa Nacional de Saúde Escolar), para realizar uma reflexão sobre a nutrição do adolescente e desafios atuais.

Mais da metade dos adolescentes se acham muito gordos ou muito magros. Entre 2015 e 2019, houve uma queda no índice de satisfação com o próprio corpo (70,2% em 2015 contra 66,5% em 2019) e um crescimento da insatisfação (de 19,1% para 22,2%), bem mais alta entre as meninas (31,4%). Quase um quarto dos

adolescentes disse já ter feito alguma tentativa para perder peso, sendo uma preocupação maior entre as meninas (27,9%, contra 21,5% dos meninos). Para tentar emagrecer, 6,1% dos escolares utilizaram a indução de vômito ou uso de laxantes e 5,4% consumiram produtos para este fim sem acompanhamento médico. Considerando os adolescentes como um grupo etário em transição, vivendo sob a plena revolução tecnológica e os efeitos da mídia, depreende-se o quanto esse grupo está sujeito às vulnerabilidades próprias dessa condição, estando associada a um aumento de comportamentos alimentares inadequados, tais como o consumo de alimentos com alto valor energético e pobre em nutrientes, omissão de refeições, ingestão precoce de bebidas alcoólicas e tendência às restrições alimentares, cujas práticas podem contribuir com alterações no estado nutricional. Dentre as comorbidades mais frequentes estão a obesidade, a baixa ingestão de cálcio, a anemia ferropriva (principalmente em meninas), a deficiência de micronutrientes essenciais em processos metabólicos (Fome oculta). A pandemia de COVID 19 trouxe uma "piora" dos indicadores avaliados na pesquisa

**Palavras Chaves:** NUTRIÇÃO, ADOLESCENTE, IMAGEM CORPORAL, COMPORTAMENTO, MÍDIA

## Nutrologia

### DOENÇA DE VON GIERKE: UM RELATO DE CASO

**MANUELLA BUENO (UFRJ), WILGNER DE SOUZA BOTELHO (UFF), MARIA CAROLINA PORTO (UFRJ)**

A glicogenose tipo I ou doença de Von Gierke é uma doença rara com incidência de 1 para 100.000 nascidos vivos. Trata-se de uma doença genética, autossômica recessiva, com 80% dos casos causados por mutações no gene G6PC. Trata-se de um erro inato do metabolismo que cursa com defeito de armazenamento do glicogênio. É dividida em dois grupos, sendo um caracterizado pelo defeito na enzima hidrolase enquanto o outro por um defeito na enzima translocase que possuem como substrato a glicose 6-fosfato durante a gliconeogênese e glicogenólise. Como consequência, o paciente apresenta-se, principalmente, com hipoglicemia, com elevado risco de convulsões hipoglicêmicas. Além disso, há aumento do lactato sérico, hiperuricemia e hiperlipidemia. Podendo, então, evoluir com diversas complicações graves como a baixa estatura, osteoporose, disfunção plaquetária, anemia, neutropenia, deficiências nutricionais como a hipovitaminose D, gota, doença renal, hipertensão arterial, hipertensão pulmonar, hepatomegalia e adenomas hepáticos.

Este trabalho traz o relato de caso de uma criança atendida em um hospital localizado no Rio de Janeiro, com história prévia de crise convulsiva, além de hipoglicemia severa, com níveis menores que 25mg/dl, atendida com quadro respiratório compatível com pneumonia. Ao exame, apresentava atraso global do desenvolvimento, hepatoesplenomegalia, pressão arterial acima do percentil 95 +2 para a idade, com peso adequado e baixa estatura para a idade.

Trata-se de uma doença rara que pode evoluir com complicações graves em diversos sistemas e que, apesar de não ter cura, o tratamento precoce pode evitar complicações graves e óbito. O tratamento tem como objetivo prevenir a hipoglicemia, normalizar os níveis de lipídeos séricos, estabilizar as alterações

metabólicas e suprir recomendações nutricionais e energéticas para o desenvolvimento adequado da criança. As terapias nutricionais com amido de milho cru modificado e suplementação de triglicerídeos de cadeia média tem papel fundamental neste manejo. O presente trabalho evidencia a alta morbimortalidade desta doença. Por este motivo, é fundamental que o pediatra reconheça sinais que possam sugerir esse diagnóstico.

**Palavras Chaves:** GLICOGENOSETIPO1 ERROINATODOMETABOLISMO

**Agradecimentos:** À PEDIATRIA, NOSSA MOTIVAÇÃO DIÁRIA.

## Terapia Intensiva

### IMPACTO DO USO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM PACIENTES COM BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

**MANUELLA BUENO (HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS), ANNA BEATRIZ RAMOS FADDA (HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS), BRUNO PACHEIGA (HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS), DANIEL HILARIO (HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS)**

A bronquiolite viral aguda é responsável por até 70% dos quadros respiratórios em crianças com até 2 anos de idade. Não há tratamento específico para a bronquiolite e seu manejo consiste apenas em hidratação, lavagem das narinas com soro fisiológico e oxigenoterapia. Entretanto, algumas crianças podem evoluir com complicações graves como insuficiência respiratória aguda, necessitando de suporte ventilatório. Um método que vem ganhando destaque nesse manejo é a ventilação não invasiva, onde é aplicada uma pressão positiva na via aérea por meio de interfaces, representando uma alternativa à intubação orotraqueal.

Avaliar o impacto do uso da ventilação não invasiva (VNI) em lactentes com bronquiolite viral aguda e estudar as características, curso clínico e resultados dos pacientes respondedores e não respondedores à VNI em uma unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP).

Foi realizado um estudo de coorte retrospectiva, em uma UTIP localizada no município do Rio de Janeiro, que incluíram pacientes internados que apresentaram o primeiro episódio de sibilância, com idade de até 24 meses e que necessitaram de oxigenoterapia, no período de janeiro a dezembro de 2022. Em seguida, foram analisadas as características dos pacientes, necessidade ou não de ventilação mecânica (VM), resultado do painel viral e desfechos.

No total, foram incluídos 115 pacientes, com mediana de idade de 3 meses, sendo 71% do sexo masculino, 72% da cor parda, com tempo médio de permanência de 8,5 dias. Em relação ao painel viral, 33% tinham infecção confirmada pelo vírus sincicial respiratório e 3 casos pelo SARS-CoV2. Quando à necessidade de ventilação mecânica, identificou-se um total de 44 pacientes (38%), em que 27 (61,3%) já foram admitidos em VM invasiva (VMI) enquanto 17 pacientes (38,7%) foram admitidos em VNI e evoluíram com necessidade de VMI durante a internação em UTIP. Por fim, 30% dos pacientes foram admitidos e mantidos em VNI, sem necessidade de intubação orotraqueal durante a internação.

A VNI foi eficaz em 44% dos lactentes com bronquiolite viral aguda grave e nestes houve um menor tempo de internação e necessidade de oxigenoterapia. Acreditamos que a menor

proporção de pacientes respondedores à VNI pode ser explicada por baixa disponibilidade de interfaces adequadas de VNI, má adesão ao protocolo de VNI pelo pronto-atendimento, amostra pequena e tempo do estudo curto além de demora no amadurecimento da equipe médica, enfermagem e fisioterapia.

**Palavras Chaves:** BRONQUIOLITE. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA. SIBILÂNCIA. VNI.

**Agradecimentos:** ÀS CRIANÇAS DO HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS.

## Terapia Intensiva

### SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (SGB): DIAGNÓSTICO PRECOCE EM ADOLESCENTE

**BIANCA VIEIRA GONÇALVES (HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE), ANA VICTÓRIA GALINDO DA COSTA PEREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL), CAROLINE TEIXEIRA DA SILVA RIBEIRO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO), LARISSA CORREIA MOLTER (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉ E GUINLE), CLAUDIA LOPES FALCONIERE (HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES), FLAVIA ALVES MATOS (HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES), MARIA CLARA FAJARDO LIMA (HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES), ROSANA ANDRADE FLINTZ (HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES), ROBERTA CRUZ CONDE MARLIERE (HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES), GABRIELA ROCHEDO VILLELA (HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES)**

A síndrome de Guillain-Barré é uma polineurorradiculopatia inflamatória monofásica autoimune, geralmente instalada após quadros infecciosos, sendo a principal causa de paralisia flácida aguda no mundo. O tratamento de escolha é a imunoglobulina humana ou plasmaférese.

Paciente de doze anos, masculino, previamente hígido, iniciou quadro de parestesia em membro inferior esquerdo progredindo para bilateral, associada a paresia de membros inferiores dificultando a deambulação e posteriormente paresia de membros superiores. Após quatro dias iniciou ptose palpebral bilateral, disartria, disfagia e evoluiu com tetraplegia flácida assimétrica (esquerda maior que direita) com arreflexia de membros inferiores. Em nenhum momento apresentou comprometimento respiratório. Realizada punção lombar com líquido normal no quinto dia de doença, inclusive com PCR negativo para arboviroses. Realizou ressonância magnética de crânio e neuroeixo para exclusão de diagnósticos diferenciais: realce pós contraste em raízes de cauda equina e região anterior do cone medular. Realizou eletroneuromiografia de membros inferiores com polineuropatia mista (axonal e mielínica) sensitivo-motora de predomínio motor. Recebeu imunoglobulina humana por cinco dias (400mg/kg/dia) com melhora evolutiva importante após a mesma. Na alta (com dezoito dias de doença) já estava conseguindo deambular com apoio (tetraparesia flácida com força grau 4+ a esquerda e 4 à direita, exceto nas mãos e pés que tinha força grau 3 bilateralmente), com melhora total da disartria e disfagia, porém apenas com melhora discreta da ptose palpebral bilateral.



O diagnóstico precoce da SGB permite o início do tratamento assertivo, antecipação das complicações e otimização das chances de um desfecho favorável. A conduta baseia-se em antever e manejar as comorbidades associadas, além de tratar a progressão dos sinais e sintomas. Desse modo, além da imunoglobulina humana, é necessário a realização de monitorização contínua, prevenção de fenômenos tromboembólicos, fisioterapia motora, suporte psicológico, manejo da função intestinal, da dor e proteção das vias aéreas.

É imprescindível, portanto, que o Pediatra possua habilidade para realizar o diagnóstico precoce e, ao mesmo tempo, mantenha-se atualizado e apto a realizar o tratamento correto, com apoio da equipe multiprofissional, no intuito de promover uma melhor qualidade de vida e um prognóstico favorável para o paciente.

**Palavras Chaves:** GUILLAIN-BARRÉ, IMUNOGLOBULINA HUMANA.

**Agradecimentos:** AOS MEUS COLEGAS, STAFFS E CHEFIA

## Aleitamento Materno

### FATORES QUE PODEM PREJUDICAR AS RECOMENDAÇÕES DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO BRASIL

**ANA CAROLINA FARIA ERTHAL (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO), MARIA GIOVANNA MAÇANA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO)**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda aleitamento materno exclusivo (AME) durante os primeiros seis meses de vida do neonato. Dentre os benefícios, pode-se citar a diminuição das mortes infantis, a formação de imunidade e melhor desenvolvimento cognitivo do lactente, a proteção contra doenças nas mulheres que amamentam, o menor custo financeiro e a criação do vínculo afetivo entre mãe e bebê. Entretanto, vários fatores corroboram para o desmame precoce, visto que o aleitamento materno não é apenas uma opção, mas sim o fruto da ação integrada de fatores culturais, sociais, comportamentais e familiares.

Identificar os fatores que interferem nas recomendações de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

Revisão integrativa da literatura na base de dados LILACS com os descritores "aleitamento materno exclusivo", "desmame precoce" e "fatores de risco", unidos pela lógica booleana "and". Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos completos em português e inglês, publicados entre 2008 e 2021, disponíveis na base de dados mencionada, que mostrem nos resultados fatores que influenciam na amamentação no Brasil.

Foram encontrados 44 artigos e 8 atenderam aos critérios de inclusão. Após a análise dos artigos, foi possível identificar que fatores como falta de experiência prévia com amamentação, ausência de rede de apoio familiar, presença de fissura mamilar, uso de bicos artificiais, idade materna inferior a 20 anos, mulheres primíparas, pré-natal realizado com menos de 5 consultas, insegurança materna, ausência de orientação sobre a importância do aleitamento materno durante o pré-natal, apresentação de dificuldade na amamentação após alta hospitalar, mães que trabalham fora de casa, recém-nascidos com baixo peso ao nascer, menor escolaridade da mãe, apoio da avó materna e recebimento

do complemento lácteo na maternidade são relacionados ao desmame precoce.

Pode ser concluído que a identificação dos grupos de risco para o desmame pode auxiliar na definição de intervenções apropriadas para aumentar a prática do AME. Cabe ressaltar que o aumento da propagação de informações e orientações a respeito do processo e da importância da amamentação, tanto para a mãe, quanto para o bebê, pode promover um resultado positivo na prevenção dessa interrupção precoce.

**Palavras Chaves:** ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, FATORES DE RISCO, DESMAME

**Agradecimentos:** AOS MEUS AVÓS, À MINHA FAMÍLIA E AOS MEUS PROFESSORES, EM ESPECIAL PROFA. LEILA E PROF. ANDRÉ.

## Aleitamento Materno

### A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM MÃES INFECTADAS OU SUSPEITAS DE COVID-19

**ISABELLA MARTINS DA SILVA (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), MARIANA SANTOS LOPES DA CONCEIÇÃO (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), BEATRIZ CRIVELLI ALVARENGA (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), CECÍLIA HAUJAJARZON (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), JULIA ZOUZAS NUNES DE SOUZA (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), LUNA ROCHA GOIFMAN (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES)**

Um crítico problema de saúde mundial foi estabelecido na pandemia do COVID-19, afetando milhares de pessoas tanto em questões de saúde, como financeira e emocional. Na pandemia, surgiram grandes desafios: recém-nascidos e lactentes foram fortemente impactados, enfrentando dificuldades para garantir um aleitamento materno de qualidade em meio ao caos mundial. Surgiram muitos questionamentos por parte das mães, se poderiam amamentar mesmo com diagnóstico de COVID-19, se seria seguro para seu bebê receber esse leite. Além disso, muitas mulheres durante esse período se viram sem suas redes de apoio devido às restrições de contato estabelecidas. Com isso, inúmeras mães com receio de exporem seus filhos a algum tipo de risco, acabam abdicando do aleitamento materno exclusivo, considerado de tamanha importância.

Esse estudo visa revisar a relevância da amamentação em casos da mãe ter infecção por COVID-19 ou suspeita, considerando a falta de apoio durante a pandemia.

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura qualitativa nas respeitadas bibliotecas virtuais SciELO, PUBMED e UpToDate com espaço amostral de 2020 a 2023. Os critérios de inclusão envolveram idioma e disponibilidade do texto integral. A seleção dos estudos foi baseada em uma busca utilizando descritores relevantes, como 'COVID-19', 'aleitamento' e 'materno', visando uma compreensão abrangente e atualizada do tema.

O aleitamento materno, principalmente nos primeiros 6 meses de vida, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde, é crucial para reduzir os riscos de morbimortalidade no período pós-neonatal e durante toda a infância. Com o advento do

COVID-19, surgiram preocupações sobre a transmissão vertical do vírus pelo leite materno, o que resultou em novas medidas a serem seguidas sobre o aleitamento.

Estudos recentes concluíram que não há evidências da presença do vírus no leite materno de mães infectadas capazes de transmitir ao bebê. Logo, é aconselhável que, se a mãe estiver em bom estado geral clinicamente, possa prosseguir com a amamentação do recém nascido, desde que adote as medidas protetivas cabíveis contra COVID-19.

Além disso, as mães podem optar por extrair leite materno para alimentar o bebê com mamadeira, especialmente se não se sentirem confortáveis ou, em condições de saúde desfavoráveis, o Banco de Leite Humano é uma alternativa viável. Logo, a promoção do aleitamento é essencial, principalmente por ser uma valiosa fonte de anticorpos maternos e ter elementos de defesa contra infecções. Assim, tanto a infecção materna por COVID-19 quanto a vacinação da mãe contra a COVID-19 podem proporcionar proteção passiva ao bebê por meio dos anticorpos.

Portanto é de extrema importância que o aleitamento materno seja incentivado de forma integral independente do diagnóstico do COVID19, respeitando as medidas preventivas. Tendo em vista que os benefícios superam o risco de infecção grave por COVID-19 por parte dos recém nascidos e lactentes.

**Palavras Chaves:** 'COVID-19', 'ALEITAMENTO' E 'MATERNO'

## Aleitamento Materno

### ANÁLISE PRELIMINAR DA AMAMENTAÇÃO DE LACTENTES COM SÍNDROME DE DOWN ACOMPANHADOS EM AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

**ANNA PAULA BAUMBLATT (HUPE/UERJ), CARLOS ALEXANDRE DOS SANTOS AUGUSTO (FCM/UERJ), NATANY EZEQUIEL SANTOS (FCM/UERJ), GABRIELA GOMES VIEIRA (FCM/UERJ), EDNEUSA OLIVEIRA FLOR (HUPE/UERJ), ALICE VALENTE DA SILVA (HUPE/UERJ), SIMONE AUGUSTA RIBAS (UNIRIO/PPGSTEH), RAQUEL BOY (FCM/HUPE/UERJ)**

O aleitamento materno trata-se de uma estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui-se a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Tem impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe/bebê. A síndrome de Down (SD) apresenta como característica clínica dismorfias faciais e hipotonia global da musculatura orofacial, alterações anatômicas que associadas a outras comorbidades clínicas podem impactar negativamente no estabelecimento de aleitamento materno

Descrever os principais fatores relacionados ao processo da amamentação de 57 lactentes com SD acompanhados ambulatorialmente em um hospital universitário.

Estudo descritivo, retrospectivo e transversal. Foram elegíveis para este estudo crianças com SD, entre zero e 2 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Os dados foram coletados a partir da análise de dados secundários obtidos em prontuário eletrônico e nas consultas ambulatoriais através da anamnese dirigida.

Participaram deste estudo 57 lactentes com SD com idade gestacional mediana de 38 semanas e peso de nascimento mediano de 2.790 gramas, sendo 25 (43,8%) do sexo feminino e 32 (56,1%) do masculino. Das 57 mães, 35 (61,4%) apresentavam idade por ocasião do nascimento dos bebês superior a 35 anos, com mediana de 37 anos. 17 (29,8%) destes bebês nasceram prematuros. 15 (26,3%) necessitaram de internação em unidade de terapia intensiva neonatal após o nascimento. 40 lactentes (70%) apresentavam como comorbidade clínica associada cardiopatia congênita diagnosticada pelo Ecocardiograma ao nascimento. 14 (24,5%) Mães relataram que seus filhos apresentavam alguma dificuldade para sucção. 30 bebês (52,6%) apresentavam Refluxo gastroesofágico clínico. Neste estudo, constatamos que 11 lactentes (19,2%) receberam aleitamento materno exclusivo. 21 lactentes (36,8%) receberam aleitamento misto com fórmula + seio materno. 18 lactentes (31,5%) foram alimentados somente por fórmula infantil. Receberam apoio de equipe multidisciplinar no estímulo ao aleitamento materno 35 mães (61,4%), na sua maioria por fonoaudiólogo. Em nosso estudo 3 (5,2%) crianças evoluíram para gastrostomia por disfagia, incoordenação sucção deglutição refratárias ao tratamento clínico e terapias de reabilitação.

Interferem no processo de aleitamento materno de lactentes com SD causas multifatoriais, que combinam além das dificuldades gerais de amamentação já reconhecidas para todos os lactentes, Idade materna avançada, questões anatômicas oromiofuncionais como hipotonia da musculatura orofacial, dificuldade de sucção/ deglutição, prematuridade, internação em unidade de terapia intensiva neonatal, alta prevalência de refluxo gastroesofágico. Comorbidades clínicas frequentemente associadas como as cardiopatias congênitas constituíram influenciadores de impacto negativo. Entretanto através dos achados deste estudo reafirma-se a viabilidade do aleitamento materno na SD apesar de todas as dificuldades.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME DE DOWN, ALEITAMENTO MATERNO, LACTENTES.

## Aleitamento Materno

### UM PROJETO EXTENSIONISTA E SEU IMPACTO NA VIDA ACADÊMICA - ALEITAMENTO MATERNO

**LETÍCIA FERNANDES DE LIMA E SILVA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), CARMEN LUCIA LEAL FERREIRA ELIAS (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), HEIDI HILDEGARD MONKEY PACHECO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DESÁ), MYRNA SANTOS ROCHA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), ANNA LUÍSA SILBERMAN BUCHMANN (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), MARIANA MEDEIROS ROUSSOULIERES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), ANA BEATRIZ COTA DOS SANTOS CHEBLE (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), BRUNA CAMPANI SANTANA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), BRENO GARCIA RAMIREZ (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), LUIZA ROMANIELI OLIVEIRA PINTO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ)**

Introdução: O ama(r)mentar é um projeto de extensão formado por alunos de uma faculdade de medicina o qual tem como objetivo democratizar conhecimento sobre amamentação para

a população no geral por meio das mídias sociais. Esse projeto foi idealizado em 2021 e tem como proposta a criação por graduandos de postagens para mídias sociais, principalmente o Instagram, sobre a amamentação, propagando assim informação a respeito do tema para o público no geral. Porém, o ama(r)mentar não tem por objetivo somente levar conhecimento aos seus seguidores mas também aos discentes que participam dele.

**Objetivos:** Disseminar conhecimento confiável e seguro sobre amamentação e assim incentivá-la.

Demonstrar a importância de se incluir a amamentação no currículo acadêmico.

**Metodologia:** O projeto é baseado na pesquisa sistemática de artigos em português, inglês e espanhol em plataformas indexadas como Scielo, Pubmed e Cochrane e em organizações como o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria. O conhecimento adquirido nessa revisão bibliográfica serviu de base para a confecção dos posts publicados no perfil do projeto.

**Resultados:** O projeto no decorrer da sua trajetória adquiriu 1171 seguidores, os quais 86,6% são mulheres, a maior parte delas (52%) têm entre 18 e 34 anos, ou seja, atinge principalmente mulheres em idade fértil, o que é positivo pois este é o público que será mais impactado pelo tema. Esse público tem acesso a 188 posts sobre os mais diversos temas relacionados à amamentação, os quais foram confeccionados por graduandos. Dessa forma, cada uma dessas postagens serviu para impulsionar nos alunos a busca por material científico dentro daquela área e a adquirir conhecimento ao ponto de torná-lo acessível para o público em geral. Tal medida vem em contrapartida a estudos que demonstram que a amamentação ainda é um assunto pouco abordado na graduação o que faz com que esses alunos não se sintam confiáveis com relação a seus conhecimentos sobre o tema, o que os atrapalha a oferecer aconselhamentos corretos a pacientes gestantes ou lactantes.

**Conclusão:** Portanto, avaliamos que o projeto apesar de ter como objetivo principal propagar informações por meio das mídias sociais, ele também trouxe como consequência aprimoramento de conhecimento o que traz benefícios à vida acadêmica desses graduandos e futuramente a profissional também. Isso porque a extensão na capacitação desses alunos poderá em suas trajetórias de trabalho serem incentivadores da amamentação. Sendo assim, os frutos do ama(R)mentar não são somente imediatos mas também a longo prazo. Ao final, destacamos a possibilidade de que os graduandos utilizem os conhecimentos do projeto na sua própria experiência de vida, pois a partir do aprendizado obtido poderão tomar decisões mais conscientes em seus caminhos pessoais.

**Palavras Chaves:** AMAMENTAÇÃO/ MÍDIAS SOCIAIS/ EDUCAÇÃO MÉDICA

## Aleitamento Materno

# PROMOVENDO A SAÚDE MATERNO-INFANTIL: A IMPORTÂNCIA DAS SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NAS UNIVERSIDADES

**BRUNA CAMPANI SANTANA (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), ANA BEATRIZ COTA DOS SANTOS CHEBLE (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), BRENO**

**GARCIA RAMIREZ (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), LUIZA ROMANIELI OLIVEIRA PINTO (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), JULIANA CARMO CAMPOS (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), RÂNIA BENVENUTI LAMPIERI SEIXAS (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), MARIANA MEDEIROS ROUSSOULIERES (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), CARMEN LUCIA LEAL FERREIRA ELIAS (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), MYRNA SANTOS ROCHA (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED)), HEIDI HILDEGARD MONKEN FERNANDES PACHECO (ESTÁCIO DE SÁ CAMPUS VISTA CARIOCA (IDOMED))**

A maternidade representa uma das experiências mais significativas e desafiadoras na vida da mulher. Contudo, é essencial enfatizar que esse processo pode se tornar especialmente complexo em situações em que as lactantes precisam conciliar as demandas educacionais com os cuidados aos seus bebês. Nesse contexto, a criação de uma Sala de Amamentação emerge como uma medida destinada a proporcionar um espaço adequado para que as lactantes possam amamentar e, assim, fomentar a saúde materno-infantil. Diante disso, através da Liga Acadêmica de Aleitamento, foi idealizada a criação da Sala de Apoio à Amamentação.

O propósito deste estudo é descrever a operacionalização por meio da elaboração de protocolos (Procedimento Operacional Padrão - POP), conduzir a capacitação dos discentes ligantes e viabilizar a ocupação do espaço por lactantes. Desenvolvemos um aplicativo dinâmico (QR-Code) para aprimorar o aprendizado teórico-prático dos graduandos e outros profissionais da saúde, apresentando-o em formato de um produto técnico (Folder). Adicionalmente, utilizamos o aplicativo (QR-Code) como uma ferramenta de ensino eficaz, em consonância com o avanço tecnológico atual.

Após o levantamento bibliográfico, realizamos uma discussão entre os autores para consolidar os conhecimentos derivados das referências, visando estabelecer e fundamentar a importância do tema. Optamos por desenvolver protocolos de Procedimento Operacional Padrão (POP) e criamos um QR-CODE para difundir o material elaborado (POP e Folder).

O funcionamento da sala de apoio é dinâmico, com os discentes ligantes da Liga de Aleitamento, atuando como agentes receptivos e de orientação. Toda essa iniciativa só foi concretizada por meio da capacitação em aleitamento, estocagem do leite extraído e transporte do produto. A implementação da sala de apoio enfrenta diversos obstáculos logísticos, majoritariamente ligados a questões financeiras e à disponibilidade de espaço físico, além das necessidades de equipamentos e materiais. Os benefícios associados à presença de uma sala voltada à extração de leite estão relacionados à manutenção da produção desse insumo e ao alívio do desconforto das mães durante o longo período em que as mães se encontram no ambiente de trabalho.

Apesar do incentivo à amamentação e à criação de salas de apoio desde 2010 pelo Ministério da Saúde, ainda não foi possível atingir a relevância necessária para esse tema. A existência de uma nota técnica ressaltando a importância da sala de apoio não se mostrou suficiente, uma vez que o assunto permanece pouco debatido e os artigos sobre o tema são escassos. É notável que ainda há uma necessidade premente de divulgação e incentivo a respeito desse tema, com o objetivo de tornar o ambiente universitário e de trabalho mais acolhedor, visando à manutenção das mulheres no mercado de trabalho concomitante à promoção da saúde da mãe e do recém nascido.

**Palavras Chaves:** MATERNIDADE, AMAMENTAÇÃO, CAPACIDADE, SAÚDE MATERNO INFANTIL.

**Agradecimentos:** AGRADECIMENTO ESPECIAL ÀS NOSSAS COORDENADORAS: CARMEN, HEIDI E MYRNA, POR TODO APOIO CONCEDIDO.

## Terapia Intensiva

### ABORDAGEM DA RÁPIDA PROGRESSÃO DE PNEUMONIA ESTAFILOCÓCICA COMPLICADA EM LACTENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO DO CTI PEDIÁTRICO

**LARA COSTA KEVORKIAN (HFSE), THYAGO MICHELIM SANTOS MESQUITA (HFSE), CRISTINA FAVALLI JACCOMO SIMON (HFSE), LILIA MARIA DA SERRA COSTA (HFSE), RENATA CARDOSO NASCIMENTO (HFSE), ALÉXIA ALVES CABRAL (HFSE), MURILO DUQUE MOURA LEITE (HFSE), ISABELLA DANIELLE CABRAL LOPES (HFSE), NINA DANIEL RONCISVALLE (HFSE), JULIANA CARVALHO DE MELLO (HFSE)**

A pneumonia estafilocócica é mais comum em lactentes jovens, geralmente associada a alterações na barreira cutânea, estando com frequência relacionada a pneumotórax e derrame pleural, com alto risco de evolução desfavorável. Segundo a OMS, no Brasil, 11% das mortes em crianças menores de 1 ano de idade decorrem de pneumonias não tratadas adequadamente ou tardiamente reconhecidas. Por isso, este relato visa reforçar a identificação precoce e terapêutica adequada, na intenção de modificar o curso da doença e a morbimortalidade em pediatria.

Lactente de 1 mês, com história neonatal de internação por 10 dias para tratamento de sífilis congênita, iniciou quadro de tosse e febre persistentes, com dificuldade para mamar. Foi levada à emergência por quatro dias consecutivos, sendo liberada com sintomáticos. No 7º dia de doença, retorna ao atendimento, quando foi diagnosticada com pneumonia com derrame pleural extenso à direita. Admitida em CTI pediátrico, evoluiu com sinais de insuficiência respiratória, sendo necessário intubação orotraqueal (IOT) e ventilação mecânica, antes da possibilidade de drenagem de tórax. Apresentou pneumotórax bilateral, pneumoperitônio volumoso e parada cardiorrespiratória de 25 minutos, revertida após adrenalina e toracocentese de alívio. Drenados ambos os hemitórax e abdome, com líquido pleural de aspecto purulento com grumos. Houve crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à Oxacilina na cultura do líquido pleural e hemocultura.

As pneumonias adquiridas em comunidade (PAC), quando não reconhecidas ou inadequadamente tratadas, podem evoluir com complicações pulmonares ou sistêmicas, não sendo incomum o derrame pleural parapneumônico (DPP), que pode progredir para empiema pulmonar, fístulas bronco-pleurais e pneumonias necrotizantes, como no caso relatado. Mesmo em vigência de sepse, síndrome respiratória aguda grave e instabilidade hemodinâmica com indicação de IOT, ainda é fundamental intervir precocemente em tais complicações. No caso do DPP, o distúrbio ventilatório mecânico de restrição da expansibilidade pulmonar demanda correção imediata para melhora dos parâmetros ventilatórios. É possível abordá-lo cirurgicamente por toracocentese de alívio, drenagem de tórax simples ou videotoracosopia, sendo este

último, quando feito precocemente, capaz de diminuir o tempo de curso da doença e, conseqüentemente, de internação hospitalar.

Portanto, faz-se necessário reconhecer precocemente os sintomas relacionados à PAC, bem como seus sinais de rápida progressão para complicações, para que sejam realizadas as abordagens clínicas e cirúrgicas de modo oportuno, especialmente no cenário da terapia intensiva.

**Palavras Chaves:** PNEUMONIA COMPLICADA, DERRAME PLEURAL, STAPHYLOCOCCUS AUREUS

## Onco-hematologia

### A ABORDAGEM DA LISE TUMORAL EM CENTRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: RELATO DE CASO

**INGRID DA SILVA GOMES (HFSE), MURILLO COUTINHO SAYEG CAMPOS PORTO (HFSE), NINA DANIEL RONCISVALLE (HFSE), ISABELLA DANIELLE CABRAL LOPES (HFSE), VICTOR FALCONE CATANHEDE (HFSE), JESSIKA BRANDHALY BARRADA BRANDÃO (HFSE), FLÁVIO FERREIRA DE ANDRADE (HFSE), TATIANA SORIA FERNANDES PINTO (HFSE)**

A síndrome de Lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica grave, caracterizada pela destruição maciça de células malignas, com alta mortalidade. A identificação de pacientes de alto risco e intervenção precoce podem reduzir significativamente a mortalidade na SLT.

Adolescente, 15 anos, masculino, previamente hígido, admitido com diagnóstico de dengue grave no setor de infectologia por quadro de dor abdominal, náuseas, epistaxe, gengivorragia, cefaléia. Na admissão, foi colhido laboratório que evidenciava anemia, plaquetopenia, e leucocitose de 440000. Avaliado pelo setor de hematologia com diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda de Células T (LLA-T) em esfregaço periférico e encaminhado para CTI pediátrico. Exames coletados no setor evidenciaram creatinina: 1,1mg/dL, LDH: 6908U/L, Ácido Úrico: 9,9mg/dL, Cálcio: 8,5mg/dL, Fósforo: 3,2mg/dL, Potássio: 4,4mEq/L. Foi iniciado hiper-hidratação, Rasburicase 9mg/dia e tratamento de indução com corticoide 60mg/m<sup>2</sup>/dia para a leucemia. Após dois dias, evoluiu com melhora parcial clínica e laboratorial (LDH e leucócitos alterados porém em queda) e lesão renal resolvida sem necessidade de terapia de substituição renal.

A SLT desenvolve-se após início do tratamento quimioterápico, porém também pode ocorrer de forma espontânea em neoplasias sólidas e hematológicas de alto risco. As manifestações decorrem do acúmulo de metabólitos no espaço extracelular, com sobrecarga dos mecanismos homeostáticos apresentando-se como: náuseas, vômitos, dor abdominal, cãibra, arritmia cardíaca, convulsão e lesão renal aguda. O diagnóstico laboratorial é feito a partir de 2 alterações dentre hipercalemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia. A abordagem terapêutica possui três pilares: prevenção da síndrome, das manifestações clínicas e da disfunção de órgãos. A base do tratamento é a hiper-hidratação objetivando eliminar ácido úrico e fosfatos pela urina, sendo o principal mecanismo protetor de lesão renal aguda, associado a agentes hipouricemiantes. No caso foi utilizado Rasburicase por sua alta eficácia e disponibilidade no hospital, indicado em pacientes

com alto risco para SLT ou tratamento de SLT estabelecida. Outro agente hipouricemiante disponível é o alopurinol, indicado para prevenção de pacientes com baixo ou moderado risco de SLT. A terapia de substituição renal é indicada em casos refratários e graves. O caso descreve um paciente com SLT franco em abertura de LLA-T, com boa resposta ao tratamento implementado sem necessidade de terapia de substituição renal devido ao rastreamento, diagnóstico e à implementação em tempo adequado do plano terapêutico após admissão no hospital.

Por ser uma complicação grave com alto risco de mortalidade é necessário que o pediatra esteja apto a diagnosticar e estratificar pacientes de alto risco para SLT para estabelecer intervenção adequada e rápida para redução da mortalidade dessa síndrome.

**Palavras Chaves:** LISE TUMORAL LEUCEMIA

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS AO NOSSO PACIENTE

## Onco-hematologia

### RETINOBLASTOMA E O NOVO OLHAR SOB A DOENÇA APÓS DESTAQUE NA MÍDIA

**ISABELLE VERONICA CASTRO FAY NEVES ALEXANDRINO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), PÂMELA SANT'ANA DE ARAUJO (UNIGRANRIO), KARYNNA MELLO DA COSTA (UNIGRANRIO), ISABELA MACHADO (UNIGRANRIO), ISABELA COSSO (UNIGRANRIO), JULIE ANNE TELLES (UNIGRANRIO), HUGO HUANG WEBER (UNIGRANRIO), GIUSEPPE PASCALE DONATO (UNIGRANRIO), CÂTERINE OLIVEIRA DE AZEVEDO (UNIGRANRIO), ISABELLA SEQUETTO TERROR (UNIGRANRIO)**

O Retinoblastoma é um tumor originário das células da retina, sendo considerado o mais comum na região na faixa etária pediátrica, ocorrendo no início da infância, podendo estar presente desde o nascimento. Nos últimos anos, a doença tomou uma nova proporção no Brasil após o diagnóstico em uma família de apresentadores de TV.

Este trabalho acadêmico traz como objetivo analisar como o retinoblastoma foi percebido e tratado antes e após ganhar destaque na mídia, explorando como a conscientização pública impactou a detecção precoce, o tratamento e a qualidade de vida das crianças afetadas por essa doença rara, contribuindo assim para uma compreensão mais ampla das implicações da mídia na saúde pública.

A análise do tema foi pesquisada em fontes na quais foram utilizados artigos científicos da plataforma PUB MED e redes sociais verificando casos reais. Em busca de avaliar o conhecimento acerca do retinoblastoma dentro do nicho das telas, verifica-se que após ganhar destaque na mídia com a ampliação nacional de notícias acerca do que seria a doença e de campanhas nacionais como 'De olho nos olhinhos', aumentaram-se o número de pessoas informadas acerca da patologia por meio de plataformas de mídias sociais como Instagram e Facebook.

Diante da análise realizada sobre o retinoblastoma e sua evolução percebida antes e após ganhar destaque na mídia, fica evidente que a conscientização pública desempenhou um papel crucial no diagnóstico precoce, no tratamento e na melhoria da

qualidade de vida das crianças afetadas por essa rara doença ocular. A utilização das mídias digitais, além de campanhas presenciais, demonstrou um impacto significativo ao alcançar uma ampla audiência e disseminar informações essenciais sobre essa patologia e seus sinais.

Os resultados obtidos revelaram que a divulgação foi eficaz, tendo em vista que, através desses meios resultou em um notável aumento na conscientização pública, atingindo milhões de visualizações em vídeos e imagens divulgados na internet, assim alcançando um vasto público. Além disso, a presença de propagandas em locais estratégicos, como prédios, linhas de metrô e ruas, ampliou ainda mais a visibilidade da doença, atingindo um número expressivo de pessoas durante o período da campanha.

Dessa maneira, fica evidente que a exposição midiática do retinoblastoma teve um impacto positivo na sensibilização da população, levando a uma maior detecção precoce, busca por tratamento adequado e, conseqüentemente, à promoção de uma melhor qualidade de vida para as crianças afetadas. Esses achados contribuem para uma compreensão mais abrangente das implicações da mídia na saúde pública, ressaltando a importância de estratégias de divulgação eficazes no combate a doenças raras e na promoção da saúde.

**Palavras Chaves:** RETINOBLASTOMA, DIAGNOSTICO PRECOCE

## Onco-hematologia

### LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA - O AUMENTO DA REMISSÃO ASSOCIADA À MUDANÇA NO TRATAMENTO NOS ÚLTIMOS ANOS

**ISABELLE VERONICA CASTRO FAY NEVES ALEXANDRINO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), GUILHERME RODRIGUES PEREIRA BORGES (UNIGRANRIO), KARYNNA MELLO DA COSTA (UNIGRANRIO), PÂMELA SANT'ANA DE ARAÚJO (UNIGRANRIO), AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIGRANRIO), VIVIANE ALMEIDA DA SILVEIRA (UNIGRANRIO), CRISTIAN CLAY DE AGUIAR FERREIRA (UNIGRANRIO), ISADORA FIDALGO OLIVEIRA (UNIGRANRIO), THÁIS DE ASSIS LOPES (UNIGRANRIO), DANIELLA GOMES FERREIRA LUCAS (UNIGRANRIO)**

A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é o tipo de câncer mais comum na primeira infância, representando cerca de 75% das leucemias em infantes menores de 15 anos. Ao longo das últimas décadas, a taxa de sobrevivência em pacientes diagnosticados com LLA deu um salto exponencial, chegando hoje, a probabilidade de remissão de acima de 95%. Com o avanço das tecnologias, esse número pode se tornar ainda maior.

Analisar a probabilidade de remissão completa da LLA na população pediátrica. Além disso de apresentar as possibilidades terapêuticas, utilizando banco de dados, como PUBMED e SCIELO, realizando uma análise comparativa dos fármacos que podem ser empregados no manejo da LLA, avaliando efeitos colaterais e eficácia.

O aumento na remissão juntamente à mudança no tratamento da LLA nos últimos anos foi realizada com base no artigo 'Leucemia infantil: tratamentos e seus avanços' publicado pela Universidade

de Maryland em junho de 2022, e na experiência realizada pela AYA Group, e se referem ao ano de 2021.

Observa-se que, independente dos fatores de risco, a probabilidade de remissão em crianças - de acordo com estudos da Universidade de Maryland em 2022, é maior que 95 % e entre essas crianças mais de 80 % têm sobrevida livre da doença por 5 anos e parecem curadas. A taxa de pacientes nos quais conseguem a remissão completa é considerada alta dentro dos casos dessa patologia infantil e a explicação para isso seria a sensibilidade ao tratamento. Além disso, de acordo com uma experiência realizada por AYA Group pessoas entre 15 e 29 anos demoram mais para eliminar as drogas da circulação sanguínea - tendo assim maior quantidade do quimioterápico no sangue e uma maior toxicidade na qual pode apresentar, por outro lado, efeitos colaterais tardios. Atualmente, em estudos recentes, visam incluir a imunoterapia com Blinatumomab nos pacientes de alto risco para destruir as células leucêmicas residuais. Em relação à cura, a taxa é de até 80 % para crianças que seguem protocolos recentes de tratamentos. Em paralelo a isso, Para aumentar o resultado de cura em pacientes infantis de LLA, as imunoterapias se mostram promissoras.

Portanto, levando em consideração o fato do quadro clínico da leucemia linfóide aguda ser capaz de impactar significativamente a vida seus portadores, pode-se perceber que as variantes no cenário atual sobre as abordagens da LLA deixam clara a importância de se manter esclarecido sobre o assunto. Dessa forma, a principal finalidade desta publicação é fornecer informações atualizadas e os conhecimentos necessários sobre LLA infantil, relatando sobre o aumento da cura associada às mudanças investigativas e terapêuticas nos últimos anos, para publicação em congresso de interesse para hematologia/oncologia, em uma revisão bibliográfica, em que foram utilizados artigos atualizados sobre o tema.

**Palavras Chaves:** LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA, INFANCIA

## Onco-hematologia

### LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM LACTENTE: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**TAÍSA DE MELLO GUIMARÃES (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO), JULIA CARVALHO BEBBER (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO), MARIANA MEDEIROS ARAUJO (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO), RENATA MUNIZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO), ANDRÉ LUIZ LOPES COSTA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)**

A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é uma neoplasia do tecido hematopoiético definida por proliferação anormal de células progenitoras de linhagem mieloide, gerando insuficiência de células sanguíneas maduras normais. Apesar da incidência ser diretamente proporcional à idade, a LMA representa de 15 a 20% das leucemias agudas na infância e pode apresentar, inicialmente, sintomas gerais e inespecíficos.

B.F.S.A., lactente masculino, 3 meses, deu entrada em UPA com sonolência, recusa alimentar, hipoatividade, irritabilidade, palidez importante e equimoses em face, mãos, pés e tronco. Ao exame físico, presença de hepatoesplenomegalia significativa à palpação abdominal, sem alterações relevantes nos demais aparelhos. Exames de admissão: Hemoglobina 3,8mg/dL, Hematócrito 10,4%,

Leucócitos 52.830, Plaquetas 12 mil e Proteína C Reativa 1,9. Genitora refere que o quadro iniciou aos 2 meses de idade com o surgimento de nodulações em face sem sinais flogísticos e quadro gripal com febre por 3 dias, com posterior aparecimento das equimoses e piora clínica. Após um dia de internação, foi transferido ao CTI pediátrico, dando continuidade à investigação com Imunofenotipagem, cujo laudo evidenciou Leucemia Mieloide Aguda Subtipo M5 (monocítica), seguindo imediatamente com quimioterapia, associado à investigação para outras malformações, sem achados. Segue em vigilância clínica na Unidade Intensiva com evolução progressiva de anemia, leucopenia e plaquetopenia graves. Permanece com antibioticoterapia de amplo espectro, associado a antifúngico e antiviral.

A LMA é o segundo tipo de leucemia mais comum em crianças, perdendo para a Leucemia Linfóide Aguda (LLA), e quando comparadas, apresenta pior prognóstico. Sua evolução é rápida e agressiva, sendo fundamental o diagnóstico e o tratamento precoces. A LMA tem incidência cerca de duas vezes maior em menores de 1 ano, apresentando, nessa população, alta prevalência de subtipos de LMA incomuns em infantes maiores: mielomonocítica, megacariocítica e monocítica, esse último referente ao paciente em questão.

A LMA costuma apresentar sintomas inespecíficos - febre, fadiga e recusa alimentar, além de manifestações clínicas e laboratoriais clássicas: infecções recorrentes, hepatoesplenomegalia, astenia, palidez, equimoses, anemia e plaquetopenia, como no caso do lactente supracitado. A presença de hepatoesplenomegalia, hiperleucocitose e leucemia cutis, representada no caso pelas nodulações em face, é mais frequente na leucemia monocítica aguda em comparação aos outros subtipos. Portanto, nota-se a importância de um exame clínico minucioso e a inclusão da LMA no raciocínio diagnóstico em busca de um melhor prognóstico da doença.

A suspeição precoce da LMA, a rápida confirmação diagnóstica e o pronto início do tratamento influenciam o sucesso terapêutico. Logo, torna-se crucial que o pediatra inclua não somente a LLA nos diagnósticos diferenciais, por ser a leucemia mais frequente na infância, como também a LMA.

**Palavras Chaves:** LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, LEUCEMIA MONOCÍTICA AGUDA, LACTENTE

## Onco-hematologia

### LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA NA INFÂNCIA: O TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA COMO UMA MUDANÇA NO TRATAMENTO

**ISABELLE VERONICA CASTRO FAY NEVES ALEXANDRINO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), PÂMELA SANT'ANA DE ARAÚJO (UNIGRANRIO), KARYNNA MELLO DA COSTA (UNIGRANRIO), NATANNE MESQUITA DE SOUZA (UNIGRANRIO), GUILHERME RODRIGUES PEREIRA BORGES (UNIGRANRIO), JULLIA ARCEGA GNATTA FELIX DE OLIVEIRA (UNIGRANRIO), BIANCA PAES FERREIRA DA ROCHA (UNIGRANRIO), MARCIELLE DA CUNHA (UNIGRANRIO), CRISTIAN CLAY DE AGUIAR FERREIRA (UNIGRANRIO), ISABELA NASCIMENTO (UNIGRANRIO)**

A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) representa cerca de 25% das leucemias na infância, com um aumento da incidência ao longo dos anos. Os índices de remissão podem variar de acordo com a terapêutica, principalmente após o transplante de células tronco.

Analisar os resultados do TMO e a evolução no tratamento para leucemia em crianças e a experiências da transfusão de sangue como procedimento substitutivo eficaz.

Realizada por meio de bibliográfica com abordagem qualitativa, classificada de acordo com os objetivos como exploratória e descritiva. Inicialmente foram encontrados 2210 resultados sendo reduzido para 753 dentro dos últimos 5 anos(2018-2023) de publicação e escolhido o português como idioma. A princípio, utilizamos os 20 primeiros artigos, sendo excluídos após seleção criteriosa.

A partir de estudos feitos sobre transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) no Hospital da UFPR em Curitiba e no Hospital Amaral Carvalho em Jaú, de Abril/90 até Dez/07. No qual 89 crianças eram portadoras de LMA, 64 receptoras de TCTH de MO, 15 de TCTH de sangue de cordão umbilical e 10 de TCTH de células-tronco não periférica entre 1 a 18 anos. Sendo que a sobrevida global (SG) foi calculada do dia do transplante até a data do óbito ou do último contato com o paciente, e a sobrevida livre de recaída (SLR) foi calculada do dia do transplante até o dia da recaída, do óbito ou do último contato. A SG dos pacientes com LMA foi de 44% em três anos e a SLR foi de 40% em três anos. A incidência de falha de pega foi de 6% e da mortalidade relacionada ao transplante (MRT) foi de 11%. A recaída aconteceu em 36 pacientes (40%) e, destes, 26 (72%) apresentavam doença avançada no momento do TCTH. Para os pacientes com LMA o único fator relacionado a melhor SG e SLR, na análise multivariada, foi o status da doença no momento do TCTH.

A análise de estudos realizados em diferentes centros médicos demonstram que o TMO desempenha um papel importante e crucial no tratamento da LMA em crianças, especialmente quando realizado na fase inicial da doença. A taxa de mortalidade relacionada ao transplante, como evidenciado nos resultados, observa-se que o TMO é mais eficaz em termos de sobrevida geral, devido à sua menor taxa de recidiva e mortalidade relacionada à toxicidade medicamentosa em comparação com outros tratamentos. Além disso, os avanços no tratamento pediátrico da LMA foram impulsionados por diversas melhorias conforme destacado no Consenso Brasileiro de TMO. Esses avanços têm contribuído significativamente para melhorar os resultados e a qualidade de vida das crianças diagnosticadas com LMA. Portanto, os resultados indicam que o transplante de medula óssea representa uma mudança positiva no tratamento da LMA em crianças, oferecendo boas perspectivas, especialmente quando aplicado precocemente e em combinação com melhorias no suporte clínico e no manejo da quimioterapia, demonstrando excelente prognóstico para esses quadros clínicos e redução considerável da mortalidade

**Palavras Chaves:** LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, TMO

## Bioética

# TRANSEXUALIDADE E SUAS BARREIRAS BIOÉTICAS

**KATIA NOGUEIRA (UNESA-IDOMED), ANA CAROLINA MOURÃO PASSOS (UNESA-IDOMED), ANTÔNIA QUARTI DE ANDRADE (UNESA-IDOMED), GUILHERME ANDRÉ (UNESA-IDOMED), LUCCAS LOUZÃO (UNESA-IDOMED), LUCIANA PASSAMANI (UNESA-IDOMED), MARCUS DIAS (UNESA-IDOMED), MARIA EDUARDA MELLO (UNESA-IDOMED), MARIA ISABEL DUQUE (UNESA-IDOMED), ROBERTA VALENÇA (UNESA-IDOMED)**

Pessoas transgênero são aquelas cuja identidade de gênero difere do sexo atribuído no nascimento com base nas suas características sexuais. A inclusão da transexualidade na bioética envolve dignidade humana, princípios bioéticos e multidisciplinaridade. Hoje, no Brasil, não há proibições legais para cirurgia de redesignação sexual. Na atenção médica especializada, a hormonioterapia cruzada é permitida aos 16 anos e as cirurgias a partir dos 18, sendo realizadas com acompanhamento e consentimento.

O principal objetivo é analisar os dilemas bioéticos relacionados à transexualidade e redesignação sexual. Os objetivos secundários são esclarecer os desafios enfrentados pela equipe multi/interdisciplinar ao atender a população trans ao longo de sua jornada e propor a reflexão sobre a autonomia de seu corpo.

Foi realizado um estudo qualitativo, por meio de uma revisão sistemática nas bases PubMed, Scielo e Google acadêmico, com foco nos aspectos bioéticos da transexualidade e o momento que nos tornamos donos de nosso próprio corpo. Os estudos foram categorizados utilizando os descritores 'transexualismo', 'transgênero', 'cirurgia de redesignação sexual', 'bioética' e 'identidade de gênero'.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos 10 anos em português, espanhol e inglês. Dois relatos de casos reais foram selecionados através de entrevistas anônimas conduzidas pelos pesquisadores. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o número 73655317.4.0000.5284/2017.

A pesquisa aborda a ética da transexualidade e autonomia do corpo. A experiência de gênero é complexa e envolve fatores genéticos, hormonais, sociais e psicológicos. Pediatras desempenham papel importante no desenvolvimento de uma criança e devem tratar a sexualidade e variações de gênero com imparcialidade, respeitando o Princípio da Justiça que tem como condição fundamental a equidade.

O tratamento requer uma equipe multidisciplinar, para que o atendimento seja qualificado e siga os Princípios da Beneficência e Não Maleficência. Os procedimentos hormonais e cirúrgicos são indicados em Centros de Referência após avaliação completa. O respeito à autonomia permite decisões sobre corpo e vida, contribuindo para afirmar o direito humano, sem ferir o código de ética.

O processo de identificação do corpo é gradual e começa desde a infância. A falta de apoio, violência e a falta de assistência médica são seus grandes obstáculos. Logo, a conscientização e implementação de políticas públicas são avanços essenciais para pessoas trans. O controle do corpo é subjetivo, ser uma pessoa é diferente de se tornar uma, porém, gozar dos princípios da justiça, da beneficência e da não maleficência são direitos universais de todos que são.

**Palavras Chaves:** TRANSEXUALIDADE, BIOÉTICA, AUTONOMIA, REDESIGNAÇÃO SEXUAL

## Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento

## **TDAH: UMA ANÁLISE DO SOBREDIAGNÓSTICO E DA MEDICALIZAÇÃO EXCESSIVA NA POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL**

**CAMILA PIZARRO DANTAS (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CITTÁ), GIOVANNA APOCALYPSE SOUZA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CITTÁ), GUSTAVO MELO VIEIRA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CITTÁ), HAGATA LÓS MELCHIADES DE SOUZA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CITTÁ), IGOR DE SOUZA COSTA RAIMUNDO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CITTÁ), THAYNÁ DE QUEIROZ DA CRUZ (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CITTÁ), DRA. ELIZABETH ALT PARENTE (ORIENTADORA) (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CITTÁ)**

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é definido como um distúrbio do desenvolvimento psicomotor que se caracteriza por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e/ou impulsividade. Atualmente, observa-se que discretos sinais de sofrimento psíquico tendem a ser classificados como patológicos, iniciando precocemente o uso de psicofármacos. Nesse sentido, considerando-se o alarmante aumento da medicalização em adultos, o panorama torna-se ainda mais grave na conjuntura infantojuvenil, tendo em vista a imaturidade motora e neuropsíquica da criança.

Analisar e discutir o aumento do diagnóstico do TDAH na última década e a consequente hipermedicalização infantil.

Trata-se de uma revisão de literatura sistemática de caráter quanti-qualitativo. A análise foi realizada por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, Scielo e Google Acadêmico, utilizando os descritores: "Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade", "Sobremedicalização", "Sobrediagnóstico", "Estimulantes do sistema nervoso central". Os critérios de inclusão foram: artigos publicados a partir de 2010, nos idiomas português e inglês. Foram encontrados 22 artigos, sendo 9 deles excluídos e 13 selecionados dentro dos critérios descritos.

Observou-se um aumento do sobrediagnóstico e sobremedicalização em torno de 25% dos estudos avaliados, aproximadamente 40% dos artigos destacaram a importância da realização de projetos de capacitação de profissionais de saúde para efetuar diagnósticos mais exatos e tratamentos mais eficazes, cerca de 25% dos artigos concluíram que a metilfenidato, do grupo das anfetaminas, possui benefícios e aumenta a qualidade de vida, mesmo causando efeitos colaterais.

Conclui-se que é necessário analisar e propor estratégias de capacitação de profissionais da saúde, a fim de promover precisão diagnóstica e evitar a medicalização desnecessária de crianças e adolescentes que não se enquadram nos critérios ideais para a detecção do transtorno, além de implementar um trabalho multidisciplinar mais eficiente em conjunto com familiares e educadores.

**Palavras Chaves:** TDAH, SOBREMEDICALIZAÇÃO, SOBREDIAGNÓSTICO, PSICOESTIMULANTE

## **INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E OS DIAGNÓSTICOS EM PEDIATRIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

**JULIO CESAR LEITE DO NASCIMENTO (IDOMED), ELIZABETH ALT PARENTE (IDOMED), ANTONIO CARLOS PAES LIGER (IDOMED), LUISY RAMOS COSTA DOS SANTOS (IDOMED), NICOLE MARQUES VIVAS (IDOMED), ELAINNI CRISTINA LEMOS SOARES (IDOMED), ALEXANDRE MICHAEL DE ALENCAR MELGACO (IDOMED), YASMIN RIBEIRO DE OLIVEIRA CARNEIRO DA SILVA (IDOMED), MAYSÁ DE JESUS COSTA PINTO (IDOMED)**

A Inteligência Artificial (IA) é um ramo da ciência da computação que, através de diferentes algoritmos e padrões, propicia a criação de vasta rede de dados e auxilia na tomada de decisões em diversas áreas médicas, incluindo a pediatria. A literatura mostra redução nos índices de erros diagnósticos e alto grau de acurácia desses sistemas.

Avaliar o impacto da IA nos diagnósticos em pediatria, especialmente naqueles considerados mais desafiadores e discutir vantagens e desvantagens da utilização dessas tecnologias na prática do pediatra.

Artigo de revisão integrativa, utilizando-se as bases PubMed, BVS e Cochrane. Selecionados 13 artigos a partir de 2016, nas línguas portuguesa e inglesa e lidos integralmente.

A IA assume protagonismo crescente na área da saúde e na educação médica. Computadores e hard drives (HD) armazenam dados médicos, exames e prontuários, geram probabilidades diagnósticas por algoritmos, agilizando o raciocínio clínico e a conduta terapêutica individualizada. Na pediatria, é particularmente útil em diagnósticos complexos, a exemplo do transtorno do espectro autista (TEA) e do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), entre outros. Com algoritmos sofisticados e vasta bases de dados, oferece insights valiosos e ferramentas de apoio decisivas na detecção de patologias. Esta capacidade gigantesca de armazenar dados ("Big data") permite a inserção de robustos conteúdos sobre incidência, prevalência e evolução de doenças, gerando dados estatísticos capazes de antecipar surtos epidêmicos e atuar na sua prevenção. Adicionalmente, possibilita a reflexão sobre mudanças na prática médica, proporcionando maior tempo para que o médico possa ouvir o paciente e sua família, proceder à análise dos dados obtidos na consulta, pormenorizar explicações e esclarecimentos sobre o agravo e, com isso, aliviar tensões.

A capacidade de processar grandes volumes de informações e identificar padrões sutis de comportamento nas crianças contribui decisivamente na atuação pediátrica. Entretanto, a interação com o paciente e sua família, a boa anamnese e o exame físico minucioso devem ser permanentemente enaltecidos, constituindo a chave do cuidado médico qualificado. A IA configura-se como uma poderosa aliada na detecção de doenças e distúrbios pediátricos, mas deve ser entendida como uma ferramenta complementar. Dignidade humana, autonomia do paciente, confidencialidade, privacidade e equidade devem ser prioridade, assim como a independência profissional e clínica, fortalecendo os preceitos éticos. O desafio consiste na construção do equilíbrio entre a automação de tarefas cotidianas e a preservação da essência da medicina, preservando-se a relação médico-paciente-família e a interação humana.

**Palavras Chaves:** MEDICINA, TDAH, INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E PEDIATRIA

**Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento**



## SLIME PARA CRIANÇAS: RISCOS E CUIDADOS ASSOCIADOS À ATIVIDADE

**ELIZABETH ALT PARENTE (IDOMED CITTA), JULIO CESAR LEITE DO NASCIMENTO (IDOMED VISTA CARIOCA), ANA CAROLINA MOURÃO PASSOS (IDOMED CITTA), ISABELLA DE OLIVEIRA SANTANA (IDOMED CITTA), ANTÔNIA QUARTI DE ANDRADE (IDOMED CITTA), MARIA FERNANDA DE MORAES E SILVA FELGA (FACULDADE DE MEDICINA PETRÓPOLIS), VINICIUS KLEN FIGUEIRA (IDOMED CITTA), JENNIFER LOPES MOREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE TERESÓPOLIS)**

Slime é um brinquedo viscoso-pegajoso que se tornou popular entre crianças nos últimos anos, disseminado na internet, através de várias receitas caseiras com ingredientes facilmente encontrados em casa, mas não isentos de toxicidade. Dentre esses componentes encontram-se bórax, cola e água como ingredientes principais, e detergentes, álcool polivinílico, bicarbonato de sódio, leite ou amido de milho como complementares. Diante disso, estudos evidenciam um aumento de reações alérgicas e irritativas em crianças, concomitantemente com a popularização do slime.

Explorar os riscos e cuidados associados ao uso de slime por crianças, identificando quais tipos de reações de pele e ingredientes do slime estão frequentemente envolvidos.

Realizada uma revisão sistemática de literatura nas bases de dados Scielo e Pubmed, usando os descritores “criança”, “Slime” e “dermatite”. A amostra final contou com 13 artigos, nos idiomas português e inglês, publicados a partir de 2018. Foram excluídos artigos sem aderência ao tema.

A análise dos artigos selecionados evidenciou que a produção caseira de slime pode desencadear reações na pele, frequentemente categorizadas como dermatite de contato alérgica (DCA) e dermatite de contato irritante (DCI), principalmente por envolver produtos contendo metilisotiazolinona (MI) e metilclorotiazolinona (MCI). Pesquisas indicam predominância em crianças do sexo feminino e em indivíduos com tendências atópicas, visto que alérgicos são mais propensos a desenvolver DCA, devido à fragilidade da barreira cutânea. O padrão-ouro de diagnóstico da DCA é o Patch Test, que consiste em aplicar uma pequena quantidade da substância suspeita no dorso do paciente, a fim de avaliar a reação de hipersensibilidade. O tratamento da DCA normalmente consiste em evitar a substância alérgica. No entanto, para pacientes que apresentam erupções cutâneas generalizadas ou quando não é viável evitar a exposição ao alérgeno, o tratamento pode requerer o uso de corticosteroides.

O Slime pode causar Dermatite de Contato Irritante e Alérgica, principalmente quando é feito em casa. Nas preparações caseiras, ingredientes já citados para sua composição foram associados a respostas positivas em testes de contato em indivíduos afetados pelo slime. Embora o brinquedo seja benéfico para o desenvolvimento motor e para fortalecer os laços familiares, é importante notar que as receitas caseiras frequentemente incluem ingredientes alergênicos e irritantes. Tais substâncias podem representar um risco significativo para crianças, levando a possíveis casos de intoxicação. Portanto, é essencial abordar a preparação com cuidado e sempre sob a supervisão atenta dos responsáveis.

**Palavras Chaves:** MEDICINA, DERMATITE, PEDIATRIA E SLIME

## ANÁLISE DO PERFIL E DOS DESFECHOS CLÍNICOS DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS NO RIO DE JANEIRO

**ROBERTO ALEXANDRE LIMA LEAL (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), LIZ GOMES DA SILVA LUTTERBACH (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), THACIANE SILVA DE OLIVEIRA (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), FELIPE BANHOS DA SILVA (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), NEDER AUGUSTO SILVA BENITO (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), ORIDO LUIZ ROCHA PINHEIRO (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), MARIA CRISTINA DO VALLE FREITAS SERRA (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), GABRIEL NEVES DOS SANTOS MOSQUEIRA GOMES (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), CAROLINA PAIVA REBOUÇAS DE ANDRADE (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ), CRISLAINE PAIVA RIBEIRO (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ)**

As lesões por queimaduras são consideradas mundialmente como um dos principais problemas de saúde pública. A queimadura é apontada em vários estudos entre as causas acidentais mais frequentes entre crianças e adolescentes. O índice de mortalidade relacionado a esta injúria é muito alto. Devido ao nível de comprometimento, na maioria das vezes acabam ocasionando distúrbios psicológicos, físicos, em outros casos, sequelas graves ou óbito. As queimaduras constituem importantes causas de morbimortalidade infanto-juvenil, cujas repercussões refletem em significativas limitações funcionais.

Descrever o perfil dos pacientes pediátricos internados em um centro de tratamento de queimados de um hospital referência na cidade do Rio de Janeiro, bem como avaliar os desfechos clínicos.

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo. Foram selecionados todos os pacientes com idade entre 8 e 18 anos, de ambos os sexos internados na enfermaria pediátrica no período de fevereiro de 2022 até outubro de 2023. Em seguida, os pacientes foram avaliados quanto ao sexo, faixa etária, agente causador, tempo de internação e desfecho clínico.

Nesse período de tempo foram internados 20 pacientes pediátricos, sendo 2 pré-escolares, 7 escolares e 11 adolescentes. A prevalência foi maior no sexo masculino (66,67%), quando comparada ao sexo feminino (33,33%). A maioria dos casos foi por incidentes por chama direta, ocorrendo em 38% das vezes, sendo dessa porcentagem 77,77% desencadeado por álcool, 11,11% por gasolina e 11,11% por choque elétrico. A segunda causa de incidente, mais frequente, foi por líquido superaquecido, acometendo 23,8% dos pacientes analisados. Como outras causas menos frequentes pode-se citar explosão por pólvora (14,2%) e queimadura elétrica (14,2%). Avaliando o tempo de internação, a média foi de 27 dias e apenas 1 paciente segue internado no momento da realização do trabalho.

A partir da análise dos dados colhidos, verifica-se que a maior incidência de queimaduras em crianças internadas no centro de tratamento de queimados ocorreu por acidentes com chama direta e na faixa etária que compreende a adolescência. Os resultados apontam como desfecho a recuperação clínica para maior parte dos

pacientes, com média de 27 dias de internação, e número de óbitos nulo. Assim, demonstrou-se que o atendimento multiprofissional propicia um cuidado direcionado a cada paciente, bem como uma recuperação mais eficiente. Ademais, a integração entre o local do acidente e o agente causador permite verificar o padrão e acionar a importância da promoção preventiva de políticas públicas.

**Palavras Chaves:** QUEIMADURA, ADOLESCENTE, EPIDEMIOLOGIA

**Agradecimentos:** AO MESTRE DR. ORIDO POIS ESTE TRABALHO FOI POSSÍVEL GRAÇAS A SUA DEDICAÇÃO, APOIO E INCENTIVO .

## Segurança da Criança e do Adolescente

### AFOGAMENTO INFANTIL: UMA TRAGÉDIA EVITÁVEL

**KATIA NOGUEIRA (UNESA-IDOMED), ANA CAROLINA ALMEIDA (UNESA-IDOMED), EDUARDA ABRAHÃO (UNESA-IDOMED), HELENA MIROW (UNESA-IDOMED), ISABELLE CARVALHO (UNESA-IDOMED), JÚLIA ALVES (UNESA-IDOMED), LUIZA SAYÃO, (UNESA-IDOMED), MARAYAH FERNANDA OLIVEIRA (UNESA-IDOMED), MEL ROBLES (UNESA-IDOMED), NATALIA MOREIRA (UNESA-IDOMED)**

O afogamento é o processo de experienciar deficiência respiratória por submersão/imersão em líquido. Eles são a causa de 5,7 mil mortes por ano no Brasil e constitui a primeira causa de morte do sexo masculino na faixa etária entre 5 e 14 anos, mundialmente, Pode ser classificado de acordo com o tipo de água, causa ou gravidade do afogamento .

65279,65279, Por ser algo evitável, é necessário que hajam cuidados com as crianças para prevenir uma tragédia.

65279,65279, Supervisionar as crianças, colocar colete salva-vidas, dar a elas instrução básica de natação, nadar em lugares seguros e evitar brinquedos perto das bordas de um corpo d'água são maneiras de proporcionar mais segurança para elas.

GERAL: Descrever a prevalência e os fatores relacionados à mortalidade do afogamento infantil

ESPECÍFICOS: 65279,65279, Propor medidas de prevenção e ações educativas 65279,65279, Apresentar a conduta pós afogamento infantil 65279,65279, Estudo descritivo e quantitativo com revisão de literatura sobre a epidemiologia dos afogamentos na infância 65279,65279, Foram usados os seguintes descritores: afogamento, infância e adolescência, prevenção de acidentes, morte por causas externas, resgate. 65279,65279, Google acadêmico, PubMed, sites de sociedades, Scielo nos últimos 10 anos, Foram selecionados 38 e 65279,65279, foram utilizados 12 artigos para a construção do trabalho, destes 9 em português e 3 em inglês. 65279, Principal causa de morte evitável em pacientes de 1 a 4 anos em todo o mundo.

65279,65279, Aproximadamente 5 a 10% dos afogamentos não fatais na infância resultam em sequelas neurológicas graves, como tetraplegia espástica e estado vegetativo.

65279,65279, A mortalidade está associada a fatores como: tempo de submersão, temperatura corpora, pH, idade do paciente e nível de lactato. 65279,65279, O afogamento infantil é uma problemática urgente e muito prevalente, ainda que seja evitável.

65279,65279, A conscientização acerca do tema é essencial não só para a prevenção como também para o manejo caso ocorra o evento.

65279,65279, A implementação de medidas preventivas e educacionais em países com baixa e média renda, onde o afogamento é mais comum devido a falta de acesso a informações imprescindível para evitá-lo.

65279,65279, É de extrema importância que a família esteja presente supervisione quando criança estiver em algum ambiente que possua um corpo d'água.

65279,65279, Uso de cercas e telas no perímetro das piscinas.

65279,65279, Caso ocorra algum incidente, prestar socorro imediatamente para evitar sequelas graves.

Educar as pessoas sobre o assunto é importante para que evitemos piora no número de casos.

**Palavras Chaves:** AFOGAMENTO, PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO , GRADUAÇÃO

## Infectologia

### EFEITO DA VACINAÇÃO EM CRIANÇAS NO PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA MENINGITE C NO BRASIL

**JOÃO GUTTMANN PETERSEN (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), VITÓRIA XAVIER TRACIERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), ICARO MAIA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), KARINA CRISTINA RAMOS WALTER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), JULIA MONTEIRO JACARANDÁ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), GUILHERME DO NASCIMENTO BRAVIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)**

A meningite é caracterizada por uma inflamação das meninges -membranas que envolvem o cérebro e medula espinhal. A meningite C, também conhecida como meningite meningocócica, é uma das formas mais graves de meningite bacteriana e afeta principalmente as crianças menores de 5 anos. Em 2010, o governo brasileiro incluiu a vacina contra essa doença no Programa Nacional de Imunizações (PNI), sendo indicada para crianças a partir de 3 meses.

O estudo visa analisar e comparar o número de casos de meningite C confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em pacientes de 0 a 14 anos e 15 a 80 ou mais anos, entre os anos 2007 e 2022 em todos os estados brasileiros. Para comparar o padrão epidemiológico em resposta a vacinação, introduzida em 2010 no plano nacional de imunização (PNI), para pacientes com menos de um ano, ou seja, espera-se, em uma análise rasa, a redução de incidência de meningite C do grupo "crianças" e a manutenção da incidência de meningite C no grupo "adultos", pois não são contemplados pela vacinação.

Trata-se de um estudo de série temporal, realizado pela análise de dados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - Brasil e foram tabulados e organizados em tabelas e gráficos utilizando o Microsoft Excel® (v. 16.5). Analisando o número de casos notificados, na população de 0 a 14 anos e 15 a 80 ou mais anos, do ano de 2007 ao ano de 2022.

Percebe-se a diminuição do número de novos casos de meningite C em crianças, a partir de 2010, explicado pela vacinação no primeiro ano de vida desse grupo, com um leve aumento em

2022, que mesmo aumentando, segue menor que o ano de 2019. Por volta do ano 2012 nota-se uma diminuição considerável na incidência entre os adultos, em 2017 houve um leve aumento, seguido pela queda constante até 2022, ano em que ocorreu um leve aumento, que mesmo aumentando, foi menor que 2019.

Com o maior número de crianças vacinadas contra meningite C, ocorreu uma esperada diminuição no número de casos nesse grupo demográfico. Contudo, nota-se a diminuição do número de casos em adultos, que não são contemplados pela vacina no plano nacional de imunização (PNI) no SUS. Isso pode ser explicado pois, talvez tenha ocorrido uma imunização de rebanho, isto é: diminuição da circulação da bactéria entre a população como um todo, já que as crianças que são carreadores dessa bactéria, deixam de se contaminar diminuindo assim a transmissão da doença nos ambientes que elas frequentam. Essa análise evidencia que a imunização, mesmo que não inclua todas as demografias, influencia de forma positiva na epidemiologia geral, diminuindo o número de casos e, consequentemente, reduzindo as chances da população contrair a doença.

**Palavras Chaves:** IMUNIZAÇÃO, MENINGITE, PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

## Infectologia

### RELATO DE CASO: SUSPEITA DE MENINGITE TUBERCULOSA

**ESTHER B. LUCENA (FACULDADE DE MEDICINA SOUZA MARQUES), GABRIELA C. HUBNER (FACULDADE DE MEDICINA SOUZA MARQUES), GABRIELA N. DAMASCENO (FACULDADE DE MEDICINA SOUZA MARQUES), LETÍCIA M. S. JULIO (FACULDADE DE MEDICINA SOUZA MARQUES), LUÍS FELIPE V. R. DE SIQUEIRA (FACULDADE DE MEDICINA SOUZA MARQUES), JÉSSICA DA S. PINHA (FACULDADE DE MEDICINA SOUZA MARQUES)**

A Tuberculose (TB) é uma causa importante de morte entre crianças, sendo a Meningite Tuberculosa (MT) sua forma mais grave de apresentação. No Brasil, cerca de 5% das mortes por TB são causadas pela MT, justificando a importância de diagnóstico e tratamento precoces.

J.V.D.S.D.S 5 meses dá entrada em 20/01/2023 no hospital de origem com choro intenso, febre, diarreia e recusa do seio materno há 2 dias com leucocitose (19900), diagnosticada com Gastroenterite bacteriana. Foi internada e iniciou terapia endovenosa com Ceftriaxone, mas manteve febre e evoluiu com sonolência, irritabilidade e esotropia do olho esquerdo, optando-se por suspender a medicação.

Na história familiar, há relato de pai diagnosticado com TB em 2017 com tratamento incompleto, retomado em 2022 por apresentar tosse intensa. Isso levantou a hipótese de MT, sendo iniciado RIP em 25/01 na lactente.

Em 26/01, evoluiu com desvio fixo e conjugado do olhar à direita, hipotonia cervical e de tronco, sinais de irritação meníngea e ptose palpebral à esquerda, sendo associados Vancomicina e Prednisolona.

Exames do hospital de origem: Tomografia Computadorizada (TC) de crânio sem contraste (sem alterações), punção lombar (sem sucesso) e BAAR de amostra de lavado gástrico (negativo). PPD de 18/12/2022 não reator.

Lactente transferida para o Hospital Municipal Jesus (HMJ) em 01/02 para investigação. Na admissão, estava chorosa, irritada, desidratada, com ptose palpebral e oclusão total de olho esquerdo e desvio da língua à direita. TC de crânio com contraste de 03/02 mostrou dilatação vascular aneurismática, e punção lombar bem sucedida apresentou líquido (LCR) em aspecto de água de rocha.

Paciente encaminhada para acompanhamento no serviço de Cirurgia Vascular.

A MT se destaca como a forma extrapulmonar de TB mais frequente em crianças. Por isso, alta suspeição e início precoce do tratamento são fatores prognósticos relevantes. Sintomas incluem astenia, emagrecimento, tosse, sudorese noturna, cefaleia, sinais meníngeos, alterações do sensorio, convulsões e sinais neurológicos focais. Cerca de 50% das crianças têm alterações na Radiografia de tórax como sinais do complexo primário, alterações do parênquima ou derrame pleural. Achados no LCR incluem glicose < 50% da concentração sérica, elevação de proteínas e pleiocitose < 500, com predomínio de polimorfonucleares nas primeiras 48 horas e posterior aumento de linfócitos.

Apesar de não impedir o surgimento de novos casos, a vacina BCG reduz a incidência das formas mais graves de TB. Por isso, é fundamental checar o calendário vacinal diante da suspeita diagnóstica de MT.

Concluiu-se a partir de LCR com aspecto de água de rocha e amostra de BAAR negativa que o caso não se tratava de MT, seguindo para a investigação de outras etiologias. Dado o real diagnóstico, foi possível adotar medidas cabíveis e transferir a lactente para unidade especializada, visando melhores condições de acompanhamento.

## Infectologia

### APRESENTAÇÃO SUBCLÍNICA DA TOXOPLASMOSE OCULAR CONGÊNITA RECIDIVADA

**MARIANA NOVAES LEITE DUARTE DE CASTRO (UNIVERSIDADE IGUAÇU - UNIG), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MARCO ANTONIO GOMES ANDRADE (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ISABEL ZAGO VIEIRA LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), THAMMY DE LIMA BASTOS ROSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), AMANDA LAYBER MIRANDA MARINHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), GUSTAVO DE AZEVEDO RABELO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), WANDERSON DE OLIVEIRA VARGAS (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), GISELA CARVALHO VELASCO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)**

A toxoplasmose ocular congênita recidivada é uma condição em que há uma recorrência dos sintomas e lesões oculares associados à toxoplasmose ocular congênita previamente diagnosticada. Esta recidiva pode ser desencadeada pela reativação do parasito *Toxoplasma gondii* no interior do globo ocular ou pelo desenvolvimento de novas lesões oculares. Os pacientes podem apresentar uma variedade de manifestações clínicas, incluindo diminuição da acuidade visual, dor ocular, hiperemia conjuntival e sensação de corpo estranho. O diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais para minimizar a progressão das lesões e preservar a função visual. O manejo padrão envolve a administração de agentes

anti-parasitários, como sulfadiazina e pirimetamina, em conjunto com corticosteroides para controlar a inflamação intraocular. A monitorização oftalmológica regular é fundamental para avaliar a resposta ao tratamento e prevenir sequelas oculares permanentes.

Relatar um caso de recidiva de toxoplasmose ocular congênita subclínica e o desafio diagnóstico no paciente com baixa da acuidade visual (BAV).

Paciente GBSF, feminino, 12 anos, natural de Itaperuna-RJ, compareceu para consulta oftalmológica com queixa de BAV nos últimos 6 meses. Relatou história de toxoplasmose congênita, uso de óculos desde os 3 anos de idade e sem outras comorbidades. Ao exame, demonstrava AV: olho direito (OD) 20/200 e olho esquerdo (OE): 20/150. Fundoscopia (FO) do OD: cicatriz macular atrófica e em OE cicatriz peridiscal, mácula com brilho reduzido e condensações vítreas. Iniciado sulfametoxazol e trimetropina associado a prednisolona, tendo em vista o desabastecimento de sulfadiazina no mercado no período. Após 2 meses paciente evolui com melhora da AV em OE (20/70) sendo iniciado desmame do corticoide e solicitado tomografia de coerência óptica de mácula.

Após 2 anos, paciente retorna com diminuição da AV, dificuldade na leitura e dor no OE há 30 dias. Ao exame, apresentava AV em OD de 20/100 e em OE de 20/150. O FO evidenciou área da cicatriz em atividade no OE associado a dispersão do epitélio pigmentar da retina. Neste momento optou-se pelo esquema clássico, agora já disponível. Foi iniciado tratamento com 40 mg de prednisolona/dia em desmame, 4 gramas de sulfadiazina/dia, 50 mg de pirimetamida/dia e 5 mg de ácido fólico/ três vezes na semana. Com um mês de tratamento, a paciente apresentava melhora do reflexo vermelho, FO com cicatriz sem sinais de atividade e com opacidade vítreas no OE. Após 60 dias de tratamento e sem atividade da doença foi suspensa a medicação.

A toxoplasmose ocular congênita é uma grande causa de BAV na população. A doença pode recidivar com quadros oligossintomáticos, dificultando o diagnóstico precoce. Desta forma, destaca-se a necessidade do monitoramento regular e tratamento adequado.

**Palavras Chaves:** TOXOPLASMOSE OCULAR, RECIDIVA, CONGÊNITA, LESÕES OCULARES.

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS À PACIENTE E À FAMÍLIA POR COMPARTILHAREM ESTE CASO CLÍNICO VALIOSO PARA O AVANÇO MÉDICO

## Infectologia

### LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CORRELACIONADO AO EPSTEIN-BARR VÍRUS: RELATO DE CASO EM PACIENTE PEDIÁTRICO

TAYNÁ BASTOS MOURÃO VIANA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), RENATA NOVELLINO DO ROSÁRIO AZZI (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), GUSTAVO DUQUE YECKER (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MATHEUS FREIRE DE LIMA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), MARIA IZABEL MULLER DE CAMPOS DUTRA E SILVA DE ANDRADE (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA), ANDRÉ RICARDO ARAUJO DA SILVA (PRONTOBABY HOSPITAL DA CRIANÇA)

O vírus Epstein-Barr (EBV) é um agente infeccioso comum e sua primeira infecção costuma ser mais frequente durante a infância, consistindo em uma doença leve usualmente assintomática. É também o principal causador da mononucleose infecciosa e possui um potencial oncogênico importante, sendo considerado um potente vírus indutor de transformação e crescimento celular conhecido, podendo ser capaz de imortalizar linfócitos B humano. Acredita-se que a célula infectada pelo EBV e em proliferação seria mais susceptível ao acúmulo de mutações genéticas, as quais, por sua vez, levariam à transformação maligna.

Descrevemos um caso clínico de um adolescente de 13 anos, sexo masculino, apresentando febre alta, vômitos, prostração e mialgia por 07 dias, antes da internação. Instituído inicialmente tratamento com antibiótico por suspeita de amigdalite bacteriana. Sem melhora do quadro após 05 dias de tratamento, procedeu-se investigação diagnóstica, sendo diagnosticada co-infecção de Herpes e EBV. O paciente apresentou também sorologia positiva para rubéola, sendo considerado como resultado falso positivo, em virtude da vacinação completa contra este agente. Como o adolescente em questão evoluiu sem resposta clínica aos tratamentos já instituídos, mantendo febre recorrente por 12 dias durante internação, evoluindo para pancitopenia e piora clínica progressiva, demandou-se a investigação para quadro de neoplasia hematológica, solicitado aspirado e biópsia de medula óssea, cujo resultado confirmou o diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda (LMA), por imunofenotipagem.

A LMA corresponde a 15-20% das leucemias em pacientes menores de 15 anos, porém é responsável por um terço das mortes por este câncer. A LMA acomete igualmente os sexos e sua incidência varia com a idade, apresentando na faixa pediátrica uma incidência maior em crianças menores de 1 ano de idade e adolescentes. Apesar da grande evolução no conhecimento dos mecanismos que levam ao desenvolvimento das LMA, em comparação às Leucemias Linfóides Agudas (LLA), o seu prognóstico ainda é reservado, com sobrevida global livre de doença em 5 anos variando de 30-60% nos diferentes protocolos de tratamento. Este prognóstico desfavorável está associado principalmente à resistência intrínseca das células blásticas aos quimioterápicos comumente utilizados e a alta mortalidade associada às complicações advindas do tratamento, especialmente infecciosas e coagulopatias. O EBV, apesar de comumente encontrado na prática pediátrica, possui potencial oncogênico e em nosso caso foi identificado como agente desencadeador da neoplasia. É necessário proceder à investigação de neoplasia hematológica em pacientes com infecção sintomática pelo EBV, cuja evolução seja desfavorável ao tratamento sintomático inicial ou com piora do mesmo, principalmente pelo prognóstico desfavorável em pacientes adolescentes com LMA.

**Palavras Chaves:** LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, EPSTEIN-BARR VÍRUS

## Infectologia

### QUANDO A ADENITE SE CONFUNDE COM BCGÍTE

GABRIELA MARQUES TEIXEIRA RANGEL (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), VINICIUS GOMEZ RIBEIRINHO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), JOÃO PEDRO SEQUIM CARNEIRO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), RACHEL DE

**BARROS RIBEIRINHO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), CLARA OLIVEIRA CAMARANO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), KARLA ABHRAÃO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO/HMMC), MONICA ROSENBLATT (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), PATRICIA MIRANDA (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO/HMMC), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM))**

A adenite é uma infecção de alta prevalência na infância, devendo-se em grande parte à infecções virais ou bacterianas, sendo causa de internação para antibioticoterapia venosa quando há falha terapêutica e suspeita de etiologia bacteriana ou necessidade de maior investigação diagnóstica. A BCG é uma vacina atenuada utilizada para prevenção de formas graves de tuberculose, devendo ser administrada preferencialmente ao nascimento, ou até os 5 anos de idade.

Masculino, 9 meses, internado com quadro de petéquias difusas e febre (Tax 38,6°C), associado à adenomegalia axilar com sinais flogísticos há 21 dias, tendo feito uso de cefalexina durante 14 dias e amoxicilina com clavulanato durante 4 dias, sem melhora do quadro. Uma semana antes da internação iniciou diarreia líquida durante 7 dias. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, estável hemodinamicamente, eutrófico. Presença de linfonodomegalia axilar direita, medindo 3cm, móvel, de consistência fibroelástica, sem sinais flogísticos, e lesão ulcerosa com bordas regulares e fundo limpo no MSD (reação à vacina da BCG). Rash petequeal em ambos os membros superiores, poupando as palmas das mãos e lesões pápulo-vesiculosas no dorso. Após avaliação inicial foi constatado reação à vacina BCG, associado à quadro viral. Não foi realizado tratamento com antibiótico na internação. Foi feita a notificação compulsória e o encaminhamento para início de isoniazida na atenção básica.

Em até 10% dos casos, após a BCG, observa-se adenomegalia supra ou infraclavicular ou axilar, geralmente móvel e sem sinais flogísticos, podendo persistir por até 3 meses. As principais complicações graves locais são ulceração maior que 1cm que não cicatriza, linfonodo maior do que 3 centímetros supurado ou abscesso frio, sendo recomendado o uso de isoniazida por 6 meses ou até resolução do quadro. A infecção disseminada por BCG é rara e grave e ocorre em pacientes imunocomprometidos.

A BCGite é uma reação vacinal cuja alta suspeição diagnóstica permitirá o correto manejo terapêutico, evitando uso indevido de antibióticos no paciente pediátrico.

**Palavras Chaves:** REAÇÃO VACINAL, BCGÍTE, ADENITE, PEDIATRIA

## Infectologia

### PIOMIOSITE TROPICAL EM ADOLESCENTE

**PEDRO HENRIQUE ALVES ZANIBONI GUZZO ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED) ), ANA CAROLINA RABELLO DA SILVA MAZZOLI ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED) ), BÁRBARA DE SOUZA MARTINS ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED) ), DHYOGO PEREIRA SINIONATO ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED) ), GILVAN PIRES DE CASTRO JÚNIOR ((FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE**

**SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED) ), INÊS NICOLOSO DE CASTRO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ - CAMPUS VISTA CARIOCA / IDOMED) ), AMANDA MARIA ALVES DE PAULA ARAÚJO (UNIG), FELIPPE BOMFIM (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO(HMMC)), CARLA RAQUEL PORTILLA SANCHEZ DI TULLIO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO(HMMC)), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

A Piomiosite Tropical corresponde a uma infecção bacteriana da musculatura esquelética, causada principalmente pelo *Staphylococcus aureus*. Na sua apresentação secundária, infecção por extensão de tecidos vizinhos ou pós-operatórios, os agentes mais frequentes são a *Escherichia coli* e o *Bacteroides* sp. Essa doença possui prevalência em países em desenvolvimento e de clima tropical. É uma doença rara e frequentemente associada à imunodeficiência. Os sintomas são inespecíficos e apresenta 3 estágios diferentes: infecção muscular difusa, formação de abscesso e sepsis. A maioria, possui bom prognóstico, e complicações são inesperadas. Acomete mais frequentemente a faixa etária dos escolares e adultos jovens.

Masculino, 14 anos, procurou atendimento médico por quadro algico persistente após musculação, com dores no membro superior direito (MSD) e inferior esquerdo (MIE), e o surgimento de calor e rubor nesses locais, associado a picos febris diários (38-39°C). Apresentava lesão em couro cabeludo, por furunculose, que precedeu o quadro.

Ultrassonografia (USG) de membro inferior esquerdo e superior direito identificou celulite difusa na coxa esquerda e braço direito e coleção heterogênea com áreas anecóicas entremeadas localizadas no músculo braquial direito, apresentando cerca de 42 ml de conteúdo, sugestiva de piomiosite. Iniciado Oxacilina e vancomicina IV 14 dias e posteriormente mantido apenas oxacilina IV com melhora progressiva. Alta no D21.

Os sintomas iniciais de piomiosite tropical são inespecíficos, retardando o diagnóstico. A presença de sinais flogísticos localizados nos músculos afetados, são sinais sugestivos. Os exames de imagem, oferecem evidências importantes para o diagnóstico. No caso em questão, a USG identificou uma coleção heterogênea nos músculos afetados, e evolutivamente foi acompanhado com USG seriada e Tomografia Computadorizada (TC) de MSD e MIE com contraste para avaliar necessidade de punção guiada para drenagem dos abscessos, que não foi necessária, pela boa resposta a antibioticoterapia instituída.

Embora a Piomiosite Tropical seja uma condição rara, é importante que os profissionais de saúde estejam alerta para este diagnóstico nas áreas onde é prevalente, pois o diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para um bom prognóstico.

**Palavras Chaves:** PIOMIOSITE TROPICAL, INFECÇÃO DE PARTES MOLES, MIOSITE

**Agradecimentos:** DRA CARLA SANCHEZ, CHEFE DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HMMC

## Infectologia

### RELATO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA EM LACTENTE: UM DIAGNÓSTICO SEMPRE A SER PENSADO

**VERÔNICA MEDEIROS SILVA ARAUJO (HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADÃO PEREIRA NUNES), BIANCA VIEIRA GONÇALVES (HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE), MARIANA MEDEIROS ARAUJO (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO - CAMPUS DUQUE DE CAXIAS), REBECA SERRENHO DE SOUZA GONÇALVES (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO - CAMPUS DUQUE DE CAXIAS), FÁTIMIH CANTANHÊDE DA SILVA (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO - CAMPUS DUQUE DE CAXIAS), RENATA MUNIZ DA CUNHA (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO - CAMPUS DUQUE DE CAXIAS), MARIANA ROCHA BRITO ALMEIDA (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO - CAMPUS DUQUE DE CAXIAS), TAÍSA DE MELLO GUIMARÃES (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO - CAMPUS DUQUE DE CAXIAS), JULIA CARVALHO BEBBER (UNIVERSIDADE UNIGRANRIO - CAMPUS DUQUE DE CAXIAS)**

A Sífilis Congênita (SC) é causada pelo *Treponema pallidum* por via transplacentária ou vertical. É de notificação compulsória e, no ano de 2021, houve 27.019 casos e 192 óbitos no Brasil. Nesse ano, o Sudeste apresentou o maior número de crianças com a doença sem tratamento.

Lactente masculino, 1 mês e 16 dias, parto vaginal, pré-natal com 8 consultas, uma testagem materna negativa para sífilis e HIV, deu entrada em emergência com tosse, esforço respiratório e febre há 3 dias. Feito diagnóstico de bronquiolite e pneumonia, iniciou-se antibioticoterapia, metilprednisolona e salbutamol. Na admissão, exames revelaram plaquetopenia (32.000) e anemia (hemoglobina 7,3) importantes. Nos dias subsequentes, houve piora laboratorial, sendo solicitados concentrado de hemácias e transferência para CTI pediátrico. Admitido em unidade intensiva com petéquias difusas, hepatomegalia e história de rinorreia há 15 dias. Exames de internação: hemoglobina 11,7 / hematócrito 34,4 / leucócitos 18.190 / segmentados 33 / linfócitos 54 / plaquetas 147.000 / triglicerídeos 776 / colesterol total 237 / fosfatase alcalina 733 / GGT 308 / TGO 89 / TGP 47 / VDRL 1:256. Posteriormente colhido VDRL materno (1:32). Assim, diagnosticou-se SC e iniciou-se terapêutica com penicilina cristalina. A radiografia de ossos longos evidenciou espessamento cortical principalmente nas tíbias e tênue hipertransparência metafisária. À punção lombar, VDRL negativo sem demais alterações relevantes. Após estabilização, concluiu o tratamento em enfermaria.

É crucial a investigação e o seguimento clínico-laboratorial das crianças com SC ou expostas à sífilis para evitar desfechos desfavoráveis. Cerca de dois terços das crianças com essa patologia desenvolvem sintomas entre 3 e 8 semanas de vida, faixa etária correspondente ao paciente em questão. Logo, no presente relato, ocorreu falha no diagnóstico da sífilis gestacional, uma vez que há histórico de apenas uma testagem materna ao longo do pré-natal, sem relato de testagem à admissão na maternidade. Mesmo inicialmente sem o resultado do VDRL da genitora, foi possível diagnosticar o lactente com quadro de SC precoce pela união das manifestações clínicas (febre, trombocitopenia, anemia, hepatomegalia, rinite sífilítica, elevação de transaminases, de enzimas canaliculares e de colesterol total), das alterações radiológicas e do VDRL reagente no lactente. A trombocitopenia pode ser a única manifestação da infecção congênita, sintoma que alavancou a investigação do caso. Portanto, a negligência por falta de aplicação de protocolos resultou em quadro clássico de uma infecção prevenível, tratável e curável, capaz de acarretar sequelas crônicas potencialmente incapacitantes à criança.

Desse modo, é imprescindível que o pediatra esteja apto a realizar a suspeita, o diagnóstico e o tratamento corretos frente a

uma doença tão prevalente no país, evitando possíveis sequelas e promovendo a saúde materno-infantil.

**Palavras Chaves:** SÍFILIS CONGÊNITA, PRÉ-NATAL, LACTENTE, TROMBOCITOPENIA.

## Infectologia

### RELATO DE CASO: HEPATITE AGUDA CAUSADA POR CHIKUNGUNYA EM HOSPITAL PEDIÁTRICO DE REFERÊNCIA NO RIO DE JANEIRO

**MARIANA BRITO DUMAS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), GABRIELA ALBERNAZ CAMPOS (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), MARIA BEATRIZ TAVARES CAMACHO PEREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL), ADRIANE SILVA CRUZ (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), MARISA ALOE (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS)**

A Chikungunya é uma arbovirose transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* infectada pelo vírus. Após a picada, o vírus é injetado na derme, células epiteliais e fibroblastos, onde ocorre a replicação, com monócitos contribuindo para disseminação hematogênica durante a fase virêmica.

Escolar, masculino, 8 anos, morador de Santíssimo, no Rio de Janeiro, procurou atendimento médico em UPA com quadro de cefaleia, febre, hemoptise e hematuria há cerca de 3 dias, além de icterícia, sendo internado e posteriormente transferido para Hospital Pediátrico de referência do Município do Rio de Janeiro com diagnóstico de Pneumonia, SRAG e hepatite, com fígado palpável a 2cm do rebordo costal direito ao exame físico e comprovadamente aumentado por exame de imagem. Evoluiu com desconforto respiratório, taquipneia, insuficiência respiratória aguda, hemoptise de grande volume e necessitou de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Durante a internação, o paciente apresentou elevação importante de enzimas hepáticas, bilirrubina e alteração na coagulação (com elevação de TAP e PTT) e realizou exames de rastreio para definição da etiologia da Hepatite (sorologia para Dengue, Zika, Chikungunya e COVID-19), obtendo-se como resultado IgM para Chikungunya positivo. O paciente teve, ainda, como resultado de ecocardiograma, endocardite e de hemocultura, infecção por *Candida parapsilosis*. Dessa forma, foi necessária terapia medicamentosa complexa, e, assim, após 2 meses do início dos sintomas, com a resolução do quadro, o paciente teve alta para acompanhamento ambulatorial.

A fase aguda da doença é descrita por febre >39°C associada a manifestações cutâneas, hemorrágicas e musculoesqueléticas. Outros sintomas comuns são cefaleia, náuseas e vômitos, hiperemia conjuntival, dor abdominal e linfadenopatias. Se o paciente apresentar sinais clínicos e/ou laboratoriais em que há necessidade de internação em CTI ou risco de morte deve ser considerado como forma grave da doença. As formas graves da infecção pelo Chikungunya acometem, com maior frequência, pacientes com comorbidades, crianças, idosos e aqueles estão em uso de alguns fármacos (AAS, AINES e paracetamol) em altas doses. As manifestações atípicas estão associadas ao maior risco de evolução para óbito. Dessa forma, o paciente se enquadra na categoria de Infecção grave e atípica pelo vírus Chikungunya, uma vez que apresentou hepatite, pneumonia e endocardite. A infecção

em crianças tem algumas diferenças clínicas quando comparada aos adultos, como a artralgia que tende a ser um evento mais raro. O paciente não se queixava de artralgia ou mialgia. Para diagnóstico, temos o contexto clínico-epidemiológico, RT-PCR durante a fase aguda e os testes sorológicos, que permitem a detecção de anticorpos específicos. A circulação de diversas arboviroses torna o diagnóstico clínico uma tarefa difícil. Por se tratar de uma doença de espectro leve a grave e sem tratamento específico, a prevenção da infecção é primordial

**Palavras Chaves:** CHIKUNGUNYA, HEPATITE, ARBOVIROSES, PEDIATRIA

## Infectologia

### **AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS: UM ALERTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

**JULIA D'NICOLAS SANTOS RAMIS (UFRJ MACAÉ), EMANUELA PEREIRA BARROSO (UFRJ MACAÉ), KASSIA HELLEN DA COSTA PEREIRA (UFRJ MACAÉ), FERNANDA SAMPAIO CAVALCANTE (UFRJ MACAÉ), GUSTAVO VIEIRA DE OLIVEIRA (UFRJ MACAÉ)**

A Sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum* e corresponde a uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) mais prevalentes no Brasil. Quando mulheres grávidas estão infectadas pela *T. pallidum*, há um risco acentuado de transmissão para o feto via transplacentária ou verticalmente durante o parto por lesões primárias ou secundárias apresentadas pela mãe, o que propicia o desenvolvimento de sífilis congênita na criança. Sabe-se que de 60% a 90% dos neonatos infectados são assintomáticos, contudo as manifestações clínicas comumente aparecem até dois anos após o nascimento, como sífilis congênita precoce, e podem ser leves ou mais graves, havendo a possibilidade de acarretar a morte pela capacidade virulenta da *T. pallidum* de se disseminar pela corrente sanguínea e invadir outros órgãos. À vista disso, é impreterível que os profissionais de saúde tomem ciência da expressividade dos dados epidemiológicos de sífilis congênita, a fim de tentar reduzir esses números, por meio da identificação precoce de sífilis na mãe.

Evidenciar a prevalência de sífilis congênita na cidade do Rio de Janeiro a partir de 2017 até 2021 como forma de alerta aos profissionais de saúde.

Trata-se de um estudo transversal e descritivo que utilizou dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do DATASUS. A cidade de origem das notificações selecionada foi o Rio de Janeiro, visto que é uma das dez capitais do Brasil que registraram uma taxa de incidência da doença maior que a média nacional em 2021. O período de tempo escolhido foi de 2017 a 2021, que correspondem aos cinco anos mais recentes com dados disponíveis no sistema. Dado que a sífilis congênita se manifesta majoritariamente antes dos dois anos de idade, as notificações de casos foram reportadas em diferentes faixas etárias, não ultrapassando a idade de 2 anos.

Foram notificados 6.237 casos de sífilis congênita precoce em crianças menores de dois anos de idade. Entre os achados, foram

confirmados 3.498 casos em neonatos de até 6 dias, 406 em bebês entre 7-27 dias, 208 em crianças entre 28 dias e um ano, e 2.125 casos de crianças entre 1 ano e 23 meses de vida. Essas diferenças nas notificações se devem ao fato de que a maioria dos bebês nasce assintomático e, posteriormente, desenvolve manifestações clínicas relacionadas à sífilis congênita. Do total de confirmações, 50 (0,8%) vieram a óbito.

Sendo assim, apesar da alta prevalência de sífilis congênita atualmente, esses números podem ser satisfatoriamente reduzidos através da testagem sorológica da gestante na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre da gestação e no momento da internação para o parto. Assim, em caso de positividade para sífilis, deve-se iniciar precocemente o tratamento adequado na gestante. Vale lembrar também que se deve fazer o teste para *T. pallidum* no neonato, a fim de antecipadamente identificar e tratar em caso de sífilis confirmada.

**Palavras Chaves:** PREVALÊNCIA, SÍFILIS CONGÊNITA, GESTANTE

## Infectologia

### **USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NA GESTAÇÃO LEVANDO A BAIXO PESO AO NASCER DOS CONCEPTOS A ERA DE INIBIDORES DE INTEGRASE**

**LUIZ HENRIQUE MATTOS DA SILVA SANTOS (UFRJ), VITÓRIA DINIZ DA ROCHA VAZ (UFRJ), NATÁLIA GUIMARÃES DE MELO (UFRJ), GABRIELA ARAKAKI FARIA (UFRJ), CRISTINA BARROSO HOFER (UFRJ)**

Há evidências de que o uso de antirretrovirais (TARV) pré-concepção (principalmente, na era dos inibidores de protease como primeira opção terapêutica) pode levar ao baixo peso ao nascer. Esta premissa não foi avaliada enquanto os inibidores de integrase são a primeira opção terapêutica, considerando o possível ganho de peso associado ao uso destes.

Esse trabalho objetiva avaliar o impacto da exposição ao TARV pré-concepção, no peso ao nascer dos conceptos, numa coorte de gestantes vivendo com HIV (GVH) e seus recém-natos (RN) na era em que os inibidores de integrase são a primeira opção terapêutica.

Foi realizado um estudo transversal, aninhado a uma coorte de GVH e seus RNs. Selecionamos RNs nascidos no ano de 2022, seguidos em nosso ambulatório, onde coletamos dados demográficos, clínicos e laboratoriais. Categorizamos os RN em baixo peso (<2500g) ao nascer (BPN) e não BPN. Também avaliamos as variáveis possivelmente associadas ao BPN, através dos testes de Mann-Whitney e Exato de Fisher.

No ano de 2022, recebemos, em nosso ambulatório, 109 lactentes expostos, mas não infectados pelo HIV. Destes, 50 (46%) eram meninas, 31 (38%) as mães reportaram a etnia branca e 106 (96%) as mães fizeram pré-natal, que foi iniciado, em média, com 11 semanas de idade gestacional (IG) (variando de 1 a 31 semanas de IG). Quanto as mães, 94 fizeram uso de terapia antirretroviral (TARV) no pré-natal, iniciado, em média, com 8 semanas de IG (de antes da gestação até 37 semanas de IG). Dessas, 12 (11%) mães já utilizavam TARV quando engravidaram e 19 (20%) iniciaram o TARV no primeiro trimestre. Em 45 mulheres (41%) o parto foi vaginal, 4 foram prematuros e 12 eram BPN. As variáveis estatisticamente

associadas com BPN foram: início tardio de pré natal, uso de TARV pré-concepção e prematuridade.

Mesmo na era em que os inibidores de integrase são a primeira opção de terapia antirretroviral, o início destes pré-concepção está associado com baixo peso ao nascer de recém-natos de gestantes vivendo com HIV.

**Palavras Chaves:** ANTIRRETROVIRAL, CRIANÇA EXPOSTA AO HIV, PESO DE NASCIMENTO,

## Infectologia

### RELAÇÃO ENTRE DE TUBERCULOSE, PARACOCCIDIOIDOMICOSE E NEOPLASIA

**CÉCILIA RANGEL CURY (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), RACHEL DE BARROS RIBEIRINHO (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), GABRIELA MARQUES TEIXEIRA RANGEL (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), JESSICA PINHA (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), HELENA ALLO VILLAR WALTON (HOSPITAL MUNICIPAL JESUS), RAFAEL GALVÃO FRANCO PEREIRA (FUNDAÇÃO TÉCNICO EDUCACIONAL SOUZA MARQUES)**

A Paracoccidiodomicose é causada pelo fungo *Paracoccidoides brasiliensis*, e pode acometer múltiplos sistemas. A Tuberculose, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (BK), tem alta incidência na população brasileira e se apresenta na forma similar à PCM. A

coinfecção é reconhecida, ocorrendo de maneira simultânea ou sequencial, e deve ser investigada.

Masculino, 15 anos, reside em Duque de Caxias. Em Dezembro de 2022 observou linfonodomegalia generalizada, associada à febre persistente por mais de 1 mês, prostração, perda de peso e adinamia. Em março, a investigação para TB teve

resultados negativos. Na internação, foi realizada biópsia de linfonodo, positiva para *P. brasiliensis*.

Ao exame: linfadenomegalia de tamanhos variados em cadeias cervical média, anterior, e região axilar esquerda, de aspecto elástico, móveis e moles. Aparelho respiratório e abdome sem alterações. Foi internado para tratamento com Anfotericina B IV, mas foi feita troca por Itraconazol e Sulfametoxazol/Trimetoprima após episódios febris. Após, foi observada fistula de cerca de 1,5 cm com secreção purulenta em linfonodo cervical anterior à esquerda. O PCR realizado com material da lesão confirmou diagnóstico de TB ganglionar, e foi iniciado o esquema RIPE.

Iniciou-se investigação para a imunossupressão. Exames de imagem evidenciaram lesões ósseas na mandíbula e no fêmur, inespecíficas para neoplasia. Paciente recebeu alta com Sulfametoxazol/Trimetoprima VO e esquema RIPE e segue em acompanhamento ambulatorial e aguarda resultados de investigação de neoplasia.

A PCM é a principal micose sistêmica do Brasil mas, por não ter notificação compulsória, a prevalência não é conhecida. Já a TB tem incidência de 67,4 casos por 100 mil habitantes no estado do Rio de Janeiro, sendo mandatória a investigação em casos suspeitos.

São diagnósticos que podem se confundir ou coexistir. No caso, foi questionada a relação entre a coinfeção e imunossupressão, pois há relação entre a evolução da PCM com a capacidade imunológica do indivíduo.

Existem casos de paracoccidiodomicose presente em indivíduos com história prévia ou concomitante de neoplasia, levando à hipótese de um comportamento oportunista do *P. brasiliensis*. As lesões ósseas evidenciadas nas radiografias iniciaram a suspeição por neoplasia óssea, o que explicaria a imunossupressão.

É imprescindível, portanto, a realização do diagnóstico diferencial entre paracoccidiodomicose e tuberculose, levando em consideração a hipótese de coinfeção e de uma possível imunossupressão associada.

**Palavras Chaves:** PARACOCCIDIOIDOMICOSE, TUBERCULOSE, NEOPLASIA, COINFEÇÃO

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS AOS NOSSOS GRANDES PROFESSORES DE PEDIATRIA, QUE NOS INSPIRAM COMO FUTUROS PROFISSIONAIS

## Infectologia

### RELATO DE CASO: ESPOROTRICOSE E HIV - DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NA REALIDADE ENDÊMICA DO RIO DE JANEIRO

**GABRIELA ARAKAKI FARIA (UFRJ), LUIZ HENRIQUE MATTOS DA SILVA SANTOS (UFRJ), VITÓRIA DINIZ DA ROCHA VAZ (UFRJ), NATÁLIA GUIMARÃES DE MELO (UFRJ), CRISTINA BARROSO HOFER (UFRJ)**

A esporotricose é uma micose subcutânea causada pelo fungo da espécie *Sporothrix schenckii*, que infecta através do contato com a pele ou com a mucosa. As principais formas clínicas de manifestação são a forma cutânea, linfocutânea, extracutânea e a disseminada - na qual a doença se dissemina para outros locais do organismo, podendo comprometer diversos órgãos.

As formas clínicas da doença dependem de fatores como o estado imunológico do indivíduo, sendo a forma disseminada a menos comum e, geralmente, associada a algum grau de imunodeficiência. Pacientes com infecção pelo HIV, em geral com contagem de linfócitos CD4 compatível com imunodeficiência grave, estão mais predispostos a manifestações disseminadas de esporotricose. O diagnóstico considerado padrão-ouro é a cultura do sítio afetado e o tratamento recomendado é o uso de anfotericina B e/ou itraconazol.

Lactente feminino de 2 anos e 7 meses é atendida em março de 2008, onde foi identificada como pessoa vivendo com HIV, sendo realizada a sorologia devido ao diagnóstico de infecção do pai e da mãe. No mesmo ano foi iniciado o acompanhamento pela infecção pelo HIV. Mas, ao longo dos anos, não foi possível manter a carga viral indetectável, devido à baixa adesão familiar aos antirretrovirais, de modo a desenvolver complicações.

A paciente apresentou, em um período de 10 anos, diversas outras internações por infecções recorrentes de pneumonia e asma, além de um quadro de insuficiência respiratória e choque séptico. Também apresentou candidíase genital e infecções recorrentes de escabiose e herpes. Em março de 2018 foi internada devido à escabiose com infecção secundária e linfonodomegalia cervical, da qual exame micológico da biópsia revelou infecção por *Sporothrix schenckii*. Iniciou tratamento com itraconazol e foi internada novamente, em novembro de 2018, para tratamento



de esporotricose disseminada com uso de anfotericina B. No período de 1 ano, teve 6 internações por recaída de esporotricose disseminada. Durante este acompanhamento, a paciente só apresentava carga viral para HIV indetectável quando estava internada, logo acreditamos que as inúmeras recaídas se devem a falta de adesão à terapia antirretroviral em casa, bem como à falta de adesão ao itraconazol.

Estudos realizados demonstram o aumento no número de casos de esporotricose, considerada como a doença de transmissão zoonótica mais comum, no estado do Rio de Janeiro. O caso apresentado de esporotricose disseminada em uma paciente pediátrica imunodeficiente, ressalta a importância do conhecimento e da vigilância sobre essa doença micótica, especialmente em casos de associação com infecção pelo HIV. No geral, a pesquisa e o acompanhamento clínico de casos como o relatado, são essenciais para uma melhor compreensão da esporotricose e para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes. Este caso evidencia a importância da adesão ao tratamento antirretroviral nesses pacientes.

**Palavras Chaves:** ESPOROTRICOSE, IMUNODEFICIÊNCIA, HIV

## Infectologia

### ESPOROTRICOSE: UMA DOENÇA REEMERGENTE.

**FERNANDA KOCH SARMIENTO GOMES (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), CHRISTINE TAMAR VIEIRA BARREIRO (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), PRISCILLA AGUIAR DE ARAUJO (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), JULIENNE MARTINS ARAÚJO (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), FERNANDA TEIXEIRA DE PAIVA VIEGAS (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), LARISSA COSTA PEREIRA PESSIN (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), NATHASSIA DE PAULA SOUSA (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), ANNA PAULA GAMA MENDES BASTOS CALDAS BRUTT (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), LORENA PIRES PORTUGAL (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI), GUSTAVO DE BRITO PAULON SILVA (COMPLEXO HOSPITALAR DE NITERÓI)**

Esporotricose, micose subcutânea comum da América Latina, é causada por *Sporothrix* spp. Acomete o homem por transmissão sapronótica (inoculação traumática de solo contaminado) ou zoonótica (arranhadura/mordedura de gatos).

Menina, 7 anos, proveniente de Araruama-RJ, com febre, dor em membro superior esquerdo (MSE), ferimento em 4º quirodáctilo esquerdo (E). Há 1 mês, apresentou celulite no braço E, tratada com Oxacilina com melhora parcial. Admissão: bom estado geral, lesão hiperemiada em 4º quirodáctilo E, nódulos hiperemiados no trajeto de drenagem linfática e edema duro em 1/3 inferior do braço E. Ultrassonografia de MSE: coleção em parte inferior do membro. Laboratório: leucopenia (4 mil) e elevação do PCR (4,6). Contato há 2 meses com gato com lesão cutânea. Diagnóstico de esporotricose e celulite, sendo tratada com Itraconazol e Oxacilina, apresentando melhora clínica. Após 14 dias de internação, recebeu alta com Itraconazol para tratamento ambulatorial.

Os casos de esporotricose no RJ tem aumentado, tornando-se um grande problema de saúde pública. Em 10 anos, houve aumento da incidência da doença em 162%, de 579 (2013) para 1.518 (2022). A manifestação clínica mais comum é o

acometimento cutâneo, lesão semelhante a picada de inseto, que pode tornar-se necrótica ou ulcerar. Posteriormente, há aumento da cadeia de linfonodos que drena a área lesionada, formando um cordão nodular subcutâneo e móvel, característico da doença. A forma linfocutânea tem característica indolente e evolução fatal é rara, sendo descrita em casos de sepse por infecção bacteriana secundária. A depender do estado imunológico do paciente, a doença pode acometer outros órgãos, principalmente por disseminação hematogênica. Na forma disseminada, o acometimento pulmonar, o mais comum e gera sintomas inespecíficos como tosse, falta de ar e febre. Quando acomete ossos e articulações, há edema articular e artralgia, mimetizando artrite infecciosa. O método padrão-ouro para diagnóstico é a identificação do *Sporothrix* em espécimes clínicas, como lesões cutâneas. A sorologia tem alta sensibilidade e especificidade, pode ser solicitada para diagnóstico e acompanhamento. O tratamento pode durar de 3 meses a 1 ano. A escolha terapêutica depende da forma clínica, da imunidade do paciente e da espécie envolvida. Itraconazol é a droga de escolha na manifestação linfocutânea. Há relatos de resistência a droga no Brasil. Uso de proteção, como luvas e calçados apropriados, quando há contato com o solo, evita a exposição direta ao fungo e minimizar hábitos não domiciliares dos gatos, diminuindo a exposição ao fungo, são estratégias de prevenção. A esporotricose é uma doença reemergente no RJ, devendo sempre ser lembrada pelos profissionais de saúde. Seu tratamento não deve ser retardado, evitando infecções secundárias e disseminação da doença. Válido ressaltar que a medicação mais usada para o tratamento é disponibilizada gratuitamente pelo SUS, tornando o tratamento universal e acessível.

**Palavras Chaves:** ESPOROTRICOSE, FUNGO, SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO.

**Agradecimentos:** A EQUIPE DE PEDIATRIA, DEDICADA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE. AOS PACIENTES, QUE SEMPRE ENSINAM TANTO.

## Infectologia

### SÍNDROME INFLAMATÓRIO MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA RELACIONADA AO SARS-COV-2: UM RELATO DE CASO

**MARIANA OLIVEIRA DO COUTO SILVA (UFRJ), RACHEL SEIXAS BARBOSA ABREU AGUIAR (UFRJ), MICAELLE LORENA MARTINS ALVES (UFRJ), GIOVANNA MONTESSI AMORIM (UFRJ), ANA CAROLINA ROSA DE ALMEIDA (UFRJ), GABRIELA DOS SANTOS SOUZA (SEMAD), CAROLINA PINHEIRO BRIZOLA (IFF/FIOCRUZ)**

Em 2020, o Sistema Nacional de Saúde Inglês descreveu a associação da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) à infecção pelo SARS-CoV-2. A SIM-P se caracteriza por um amplo espectro clínico, pode cursar com características de doença de Kawasaki, síndrome do choque tóxico, disfunção miocárdica, síndrome de ativação macrofágica e elevação de marcadores inflamatórios, contribuindo para o aumentando a morbimortalidade infantil.

Lactente, 7 meses, feminina, branca, previamente hígida, deu entrada no Pronto Atendimento (PA) de um hospital público no interior do RJ. Há 2 dias iniciou febre (39°C), anorexia

e prostração. Realizou exames laboratoriais, radiografia de tórax, EAS e teste rápido para SARS-COV-2, sem alterações. Recebe alta após hidratação venosa. Retornou ao PA em 24h com piora do quadro, êmese, irritabilidade e dispneia, foi internada por sepse provável. Em investigação diagnóstica, evidenciou-se área cardíaca aumentada, derrame pleural à esquerda e lesão em parênquima pulmonar. Exames apontaram plaquetopenia, leucócitos 15.650/mm<sup>3</sup> (0/0/0/0/52/41/4), PCR 92 mg/L, teste molecular reagente para SARS-COV-2, D-dímero 2.347ng/ml, ECG com taquicardia sinusal e ECO com derrame pericárdico volumoso com possível tamponamento cardíaco. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica, distúrbios ácido-base, sinais de baixo débito cardíaco e necessidade de intubação orotraqueal. Foi realizada pericardiocentese com saída de secreção purulenta (100ml), dreno mantido por 3 dias. Iniciou Metilprednisolona 2mg/kg/dia e Enoxaparina 1,4 mg/kg/dia. No 4º dia, foi realizada uma dose de Imunoglobulina 2mg/kg. Recebeu alta após 28 dias de internação, com culturas negativas e resolução do quadro, sendo encaminhada para seguimento ambulatorial.

A paciente em questão teve como critérios diagnósticos para SIM-P: idade, febre 8805, 3 dias, hipotensão, choque, pericardite, evidência de coagulopatia, PCR aumentada, detecção SARS-COV-2 e exclusão de outras causas infecciosas. O tratamento da SIM-P é baseado no quadro clínico e gravidade. O valor elevado do D-di769,mero é indicativo de resposta inflamatória grave acompanhada de um estado hipercoagulável secundário. Estudos comprovam que os casos graves manejados com dose terapêutica de enoxaparina, uso de corticosteroide quando há comprometimento miocárdico e o uso de Imunoglobulina apresentam boa evolução clínica. A disfunção miocárdica ocorre em 80-85% dos casos, resultando em alterações no ECG e ECO, sendo esses imprescindíveis na suspeita clínica. A SIM-P é marcada por importante morbimortalidade multissistêmica, por vezes simulando outras afecções pediátricas. O manejo ágil e correto do caso preveniu piores complicações, além de favorecer a recuperação da função ventricular. É necessário o amplo conhecimento da patologia junto a avaliação clínica, epidemiológica e complementar, visando diagnóstico e tratamento precoce.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA, SARS-COV-2

## Infectologia

### SÍNDROME DA PELE ESCALDADA EM LACTENTE: QUANDO O DIAGNÓSTICO É TARDIO

**ANA BEATRIZ FARIAS SILVA (IDOMED), HELENA CÔRTEZ DE ALENCAR (IDOMED), ANA CAROLINE MORENO (IDOMED), ALICE MARINHO NOGUEIRA (IDOMED), CHARLIZE DIAS ROCHA (IDOMED), LUANA RODRIGUES GUSMÃO DO NASCIMENTO (IDOMED), LARA MARIANNA FERREIRA RIBEIRO (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO/HMMC), KÁTIA FARIAS E SILVA (HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO/HMMC/IDOMED)**

A síndrome da pele escaldada estafilocócica (SPE) também conhecida como Síndrome de Ritter quando acomete neonatos, é uma síndrome rara. É uma epidermólise aguda causada por exotoxina produzida por estafilococos coagulase positivo. Na SPE, o exame da pele revela clivagem intraepidérmica na camada granulosa e

poupa palmas e plantas dos pés. Acomete majoritariamente recém nascidos e lactentes. O diagnóstico costuma ser clínico, podendo ser confirmado com isolamento *S.aureus*. Em caso de dúvida, pode ser realizada a biópsia das lesões.

Feminino, branco, 4 meses. Alérgica a dipirona e a proteína do leite de vaca. Apresentou lesões descamativas em face há cerca de 1 mês. Procurou várias unidades de saúde, com conduta expectante. Há 1 semana houve piora das lesões que se tornaram crostosas, estendendo-se para pescoço, tórax e períneo, descamação em face e grave estado geral, séptica, mal distribuída, perfusão capilar periférica lentificada, com abdome distendido sem visceromegalias, taquicárdica e taquipneica. Apresentava leucocitose (12.890leuc/mm<sup>3</sup>, PCR= 21 mg/dr, gasometria, eletrólitos e função renal normais. Foi iniciado vancomicina e cefepime intravenosos, tramadol, furosemida, curativos com sulfadiazina de prata e, balanço hídrico rigoroso. Curativos com a cirurgia plástica. Ecocardiograma sem alterações. Evoluiu com melhora importante do estado geral, das lesões cutâneas e dos exames laboratoriais, recebendo alta após 11 dias de internação hospitalar.

Inicialmente os pacientes apresentam febre, prostração, irritabilidade, dor à palpação da pele 24 a 48 horas antes do surgimento de eritema cutâneo escarlatiniforme em áreas intertriginosas e periorificiais que evoluem para lesões bolhosas e descamativas ou erosões, dando o aspecto de pele escaldada, que podem servir de porta de entrada para infecções secundárias. As mucosas são poupadas. Os focos primários de infecção incluem narinas, nasofaringe, escoriações na pele, umbigo, trato gastrointestinal, trato urinário, sangue e conjuntivas. Pode haver o sinal de Nikolsky, que é o deslocamento parcial ou total das camadas superiores da epiderme após a pressão ou atrito. Deve ser diferenciado da necrólise epidérmica tóxica (NET) ou Síndrome Stevens Johnson (SSJ), síndrome do choque tóxico (SCT), exantemas virais, escarlatina, bem como epidermólise bolhosa genética. O tratamento deve ser multidisciplinar, e antimicrobianos intravenosos e tópicos, além de desbridamento das feridas, emolientes e medidas de suporte até que a exotoxina seja eliminada pelos rins ou neutralizada por anticorpos. Os corticóides não devem ser utilizados. Normalmente, as lesões começam a descamar por volta de 2 a 5 dias e, em até 3 semanas há a cura das lesões sem ou com leves cicatrizes.

A investigação aprofundada de queixas dermatológicas em crianças nunca deve ser negligenciada. O diagnóstico precoce e eficaz na SPE pode permitir menor tempo de tratamento e internação e previne desfechos desfavoráveis.

**Palavras Chaves:** SÍNDROME DA PELE ESCALDADA, SEPSIS, PEDIATRIA, EPIDERMOLISE

**Agradecimentos:** SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HMMC

## Infectologia

### CELULITE INFECCIOSA

**LIVIA LUIZA SANTOS GOUVEIA (UNIG), RACHEL MARIA BASTOS SILVA (UNIG), JÚLIA LYRA BRASIL VIANA (UNIG), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), PAULA MARTINS RIBEIRO GARCIA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), THAMMY DE LIMA BASTOS ROSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), JÉSSICA DE ABREU ARRUDA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)**

**DO AVAÍ), FERNANDA CARILLO LIMA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)**

Dentre as piodermites, a celulite infecciosa se destaca como uma infecção que afeta extensamente a derme, epiderme e o tecido subcutâneo. As lesões de celulite apresentam sinais inflamatórios, sem uma clara demarcação entre a pele saudável e a afetada, frequentemente desencadeada por organismos como o *Staphylococcus aureus*.<sup>1</sup>

O diagnóstico é baseado na suspeita clínica, presença de uma transição indistinta entre a pele saudável e a afetada. A confirmação definitiva do diagnóstico requer resultados de culturas microbiológicas, sendo crucial iniciar a terapia imediatamente em pacientes com sinais e sintomas clínicos específicos.<sup>2</sup>

Paciente V.C.O.S, sexo masculino, 12 anos, foi admitido no serviço de Pediatria após trauma em membro inferior direito e surgimento de sinais flogísticos. Acompanhante refere que no dia posterior ao trauma, apresentou edema, hiperemia, dificuldade para deambular e febre, sendo feito uso de dipirona. Nega saída de secreção no local do trauma.

Ao exame físico, criança em bom estado geral, hidratado, normocorado, acianótico, aparelho cardiovascular, respiratório e abdominal sem alterações. Membros inferiores pulsos presentes e amplos, com presença de lesão crostosa em terço médio de membro inferior direito, associado a edema e hiperemia.

Foi iniciado oxacilina e solicitado exames laboratoriais que apresentaram alterações importantes. Leucócitos 10,72/mm<sup>3</sup>, Linfócitos 26,3%, Plaquetas 170000/mm<sup>3</sup>. Foi solicitado USG de partes moles e novos exames laboratoriais. O exame ultrassonográfico da lesão revelou linfonodos de aspectos reacional em região inguinal direita, o maior medindo 3,4 cm, discreto espessamento do tecido celular subcutâneo.

A celulite infecciosa é relatada pela infecção da derme profunda, epiderme e tecido subcutâneo, com rápida disseminação bacteriana por uma área extensa, frequentemente relacionada ao *Staphylococcus aureus* em cerca de 75% dos casos.<sup>3</sup>

As manifestações clínicas incluem sinais locais de inflamação, como eritema, edema, calor e dor, frequentemente acompanhados de febre e leucocitose na maioria dos casos. A celulite relacionada ao *Staphylococcus aureus* geralmente é caracterizada por uma entrada óbvia e infecção periódica local.<sup>4</sup>

Para diagnosticar a celulite, são utilizados dados clínicos, exames laboratoriais e, em alguns casos, exames radiológicos. Quando um abscesso subcutâneo é detectado, a ultrassonografia e a tomografia podem ser solicitadas para uma avaliação mais precisa.<sup>5</sup>

O tratamento indicado é oxacilina por via intravenosa, com atenção especial para o equilíbrio hidroeletrólítico. Para pacientes alérgicos, as opções terapêuticas incluem clindamicina e vancomicina. Em situações mais críticas, o sulfametoxazol-trimetoprim é uma escolha recomendada.<sup>3</sup>

O diagnóstico da celulite baseia-se na suspeita clínica e na manifestação dos sintomas, além da importância realizar o diagnóstico precoce, iniciar uma antibioticoterapia, tratar as lesões e prevenir possíveis complicações.

**Palavras Chaves:** CELULITE INFECCIOSA, LESÃO, ABSCESSO

**Agradecimentos:** AGRADECIMENTO AO PACIENTE

## RECIDIVA DE PARACOCIDIOIDOMICOSE EM UM ADOLESCENTE APRESENTANDO RONCOS E DISFAGIA.

**THYAGO MICHELM SANTOS MESQUITA (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), LARA COSTA KEVORKIAN (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), MARCIA GALDINO SAMPAIO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), JOANA ARLDT MELLO COBUCCI (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), NINA DANIEL RONCISVALLE (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)**

Paracoccidiodomicose é a micose sistêmica mais prevalente na América Latina com 80% dos casos no Brasil, com números subestimados, por não ser de notificação compulsória. Abordar o tema objetiva alertar a comunidade científica sobre os aspectos da doença.

Adolescente de 16 anos, morador da região metropolitana I do RJ, apresentando conglomerado ganglionar cervical bilateral, febre e lesão vegetante na língua, iniciados em 15/11/18. Interna em janeiro de 2019 para biópsia do linfonodo, com cultura e exame direto negativos para micobactéria, germes comuns e fungos. Sorologias negativas para: Paracoco, Sífilis, HIV, CMV, Toxoplasmose e Epstein Barr. Histopatológico com estruturas fúngicas compatíveis com Paracoccidiodomicose. Tratamento com Anfotericina B por 10 dias com resolução da febre, melhora do estado geral e lesão da mucosa oral. Manteve tratamento com itraconazol por 18 meses com regressão das adenomegalias. Após 6 meses do final do tratamento, mãe observou que adolescente apresentava: roncos noturnos, disfagia e linfadenomegalia cervical. TC da região cervical com conglomerado linfonodal à direita e compressão parcial do esôfago e traqueia. Nova biópsia de linfonodo não evidenciou o fungo. Fez 19 dias de Anfotericina B e depois itraconazol por 2 anos com resolução total do quadro.

Paracoccidiodomicose pode ser fatal, apesar da maioria dos infectados não apresentarem doença. Apresenta duas formas clínicas importantes: a juvenil, em crianças e adolescentes, e a crônica nos adultos. As crianças apresentam acometimento do sistema reticuloendotelial, volumosas linfadenomegalias periféricas e profundas e lesões ósseas. Chama atenção a forma clínica inicial apresentada pelo adolescente com lesão vegetante na mucosa oral (mais comum no adulto) e a recidiva com compressão parcial da traqueia e do esôfago por gânglios. Silvestre e colaboradores encontraram taxa de 5,2% de recidiva em um estudo com 400 pacientes. O trabalho definiu recidiva como recorrência dos sinais e sintomas com ou sem demonstração do fungo, ou sorologia reativa em pacientes que foram diagnosticados, tratados e alcançaram cura clínica e resolução das alterações laboratoriais. Observa-se que a recidiva é um evento tardio, com média de 60 meses após o tratamento. O caso em questão apresentou critérios de recidiva 6 meses após. Apesar dos relatos da doença serem mais frequentes em área rural, o caso demonstra a presença do fungo em regiões periurbanas. Acredita-se que mudanças climáticas e demográficas possam contribuir para a dispersão ambiental do fungo.

O tratamento adequado é essencial para a cura clínica e resolução das alterações laboratoriais e exames de imagens. Entretanto, mesmo após a aparente cura, é fundamental orientar e acompanhar por longo tempo os pacientes pela incerteza da erradicação do fungo.

**Palavras Chaves:** PARACOCCIDIOIDOMICOSE, INFECTOLOGIA, LINFONODOMEGALIA

**Agradecimentos:** A DRA. MÁRCIA GALDINO E AO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO.

## Infectologia

### COLECISTITE ALITIÁSICA EM ADOLESCENTE: UMA COMPLICAÇÃO RARA DA INFEÇÃO POR EPSTEIN BARR

**ANNA CAROLINA DE OLIVEIRA CARONE (IDOMED), ARLETE ANGELIM DE SANTANA NOVAIS (IDOMED), LUÍSA BADIA DIAS (IDOMED), THAYNARA TABOSA PEREIRA BISSOLI (IDOMED), RAYANNE DUTRA BALDEZ (IDOMED), JOAO PEDRO MARINS BRUM BRITO DA COSTA (IDOMED), PEDRO JOSÉ FARIAS BACH (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), RODRIGO BESSA DE PAIVA (IDOMED/HMMC), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

A colecistite acalculosa aguda ou alitiásica (CAA) é uma inflamação da vesícula biliar, com distensão e espessamento do órgão e sem cálculos em seu interior e ocorre geralmente após cirurgias de grande porte, grandes queimaduras, traumas extensos, NPT prolongada, doenças autoimunes e pacientes graves. Nos adultos corresponde a 5-10% dos casos de colecistite. Na infância, dentre os casos de colecistite aguda sua prevalência é de 50 - 70%, e mais relacionada a quadros infecciosos. Manifesta-se com dor abdominal em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos, podendo também apresentar febre e icterícia colestática

Feminina, 14 anos, apresentou quadro de linfonodomegalia cervical, odinofagia e febre. Após dois dias, a mãe notou a filha icterica e com queixa de fadiga, náuseas e dor abdominal moderada, procurando emergência. Na admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, hidratada, acianótica, hipocorada, icterica (+2/4), linfonodomegalia cervical à direita, abdome com dor à palpação profunda de hipocôndrio direito e sinal de Murphy positivo. Demais sistemas sem alterações.

Nos exames complementares evidenciou-se leucocitose 4500/mm<sup>3</sup> leucócitos, proteína C reativa de 2,40 mg/dl, transaminase oxalacética de 439 U/L, transaminase pirúvica de 647 U/L, bilirrubina total de 8,49 mg/dl / bilirrubina indireta de 7,04 mg/dl, bilirrubina direta de 1,45 mg/dl, fosfatase alcalina de 241 U/L e gama glutamil transferase de 601 U/L. D2 internação realizou tomografia computadorizada onde não havia dilatação das vias biliares intra ou extra hepáticas e mostrava vesícula distendida com líquido livre em adjacência. No dia D6 realizado ultrassonografia de abdome onde foi constatada vesícula biliar normodistendida, de paredes acentuadamente espessadas e hidrópicas, sem evidência de cálculos em seu interior, sugestivo de colecistite alitiásica, com ausência de dilatação das vias biliares.

Foi iniciado tratamento conservador com antibioticoterapia pela febre 39°C mantida, a paciente apresentou melhora da dor abdominal e náuseas, porém evoluiu com piora do quadro de colestease. Foram solicitadas sorologias TORCHS e Epstein Barr, sendo IgM positivo apenas para este último, e autoanticorpos lúpicos que foram negativos. A paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial recebendo alta hospitalar em D14

A CAA em crianças representa grande parte de todos os casos de colecistite. O fator associado mais frequente é infecção. Deve ser investigada em quadros de febre inexplicável, leucocitose, transaminases elevadas, colestease e dor em hipocôndrio direito. A ultrassonografia (US) e a tomografia computadorizada (TC) abdômen são os exames de imagem de escolha. A intervenção cirúrgica não foi descrita como necessária no tratamento de CAA não complicada associada à infecção por EBV na literatura revisada

A CAA é uma doença de difícil diagnóstico. Alta suspeição clínica permite o diagnóstico precoce e manejo adequado.

**Palavras Chaves:** COLECISTITE ACALCULOSA, PEDIATRIA, EPSTEIN-BARR

## Infectologia

### NEUROCISTICERCOSE A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SINTOMATOLÓGICO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM PEDIATRIA

**JOÃO GABRIEL TAVARES BRUNO TAVARES BRUNO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM))**

Neurocisticercose(NC) é uma infecção causada pelo parasita *Taenia solium* em seu estágio larvar, sendo uma das parasitoses mais grave de acometimento do sistema nervoso central (SNC). É uma doença tropical negligenciada, é considerada endêmica em algumas regiões do Brasil, devido aos sistemas de saneamento básico, níveis de educação em saúde e higiene básica serem inadequados. Sua transmissão ocorre a partir da ingestão acidental de água ou alimentos contaminados com ovos ou proglotes de *Taenia solium*. Em relação a faixa pediátrica, a NC está mais prevalente em crianças acima de 10 anos de idade, sendo a convulsão o sinal mais comum.

Revisar os aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento da Neurocisticercose, em especial na faixa pediátrica.

Trata-se de estudo descritivo e qualitativo, onde foram realizadas buscas bibliográficas, nas plataformas digitais PubMed e Scielo, em um espaço amostral de 2003 a 2023, no idioma português e inglês

A NC é uma doença que pode cursar assintomaticamente ou apresentar-se com uma vasta clínica, devido às grandes variações em quantidade de ovos ingeridos que se disseminam pelo corpo, capacidade de resposta imunológica local, localização e estágio evolutivo dos parasitas ativos ou inativos, no entanto, podem destacar-se as crises epilépticas (78,8%), principal causa de epilepsia com diagnóstico tardio no mundo, cefaléia (37,7%), síndrome de hipertensão intracraniana (11,7%), meningite cisticercótica (7,9%), paralisia dos nervos cranianos (2,8%), anormalidades da marcha (6%), déficits focais (16%), alterações visuais (5,6%) e alterações do estado mental (4,5%). Para o diagnóstico, anamnese e exame físico são fundamentais, porém por seu quadro clínico pleomórfico, torna essencial a utilização de exames de imagem, como Tomografia Computadorizada com contraste ou ressonância magnética de crânio, em associação com o teste enzyme-linked immunotransfer blot (EITB), confirmando a neurocisticercose. Somando a isto, o tratamento realizado preferencialmente é praziquantel, na dose de 50mg/kg/dia, durante 21 dias, associado à dexametasona, para

reduzir a resposta inflamatória, consequente à morte dos cisticercos, ou Albendazol, 15mg/dia, durante 30 dias, de 8/8 horas, associado a 100mg de Metilprednisolona, no primeiro dia, após reduzir a para 20mg/dia, durante 30 dias. Em caso de quadro convulsivo, deve-se associar anticonvulsivantes para evitar-se novos episódios, lembrando que estes se fazem necessários por um período de 6 meses após o último episódio convulsivo.

A neurocisticercose é um sério problema de saúde pública, em se tratando de uma patologia com sintomatologia variada e pouco específica. É importante tê-la como hipótese diagnóstica, principalmente nos quadros de epilepsia de início tardio, a fim de evitar complicações e garantir instituição do tratamento correto e o melhor prognóstico.

**Palavras Chaves:** NEUROCISTICERCOSE, EPILEPSIA DE INICIO TARDIO, PEDIATRIA

## Infectologia

### MENINGITE COMO COMPLICAÇÃO DE HERPANGINA: RELATO DE CASO

**LUYANE MARZOCCHI BATALHA (UNIG), MARIANA CARALINE CASTELO BRANCO DUARTE (UNIG), LORENA DA SILVA PEREIRA (UNIG), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HSJA), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HSJA), PAULA MARTINS RIBEIRO GARCIA (HSJA), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HSJA), GISELA CARVALHO VELASCO (HSJA), JÉSSICA DE ABREU ARRUDA (HSJA), KAMILA CAMPOS CABRAL (HSJA)**

A herpangina é uma doença viral muito relacionada à faixa etária infantil caracterizada por lesões vesiculares dolorosas na boca e garganta, amígdalas e úvula. É uma doença autolimitada e não é considerada perigosa na maioria dos casos, embora possa causar desconforto e sintomas incômodos, especialmente em crianças, e ela geralmente se resolve espontaneamente. A meningite viral caracteriza-se por um quadro clínico de alteração neurológica que, em geral, evolui de forma benigna. Os casos podem ocorrer isoladamente, embora o aglomerado de casos (surtos) seja comum. Indivíduos de todas as idades são suscetíveis, mas a faixa etária de maior risco é a de menores de 5 anos.

Lactente, 2 meses, sexo feminino, deu entrada no pronto socorro com relato de febre (38,2° C) e hipoatividade com início há 48 horas, foi realizado exames de rastreio infeccioso, onde apresentou ao hemograma atipia linfocitária. Foi internada para realizar curva térmica e observação. Apresentou persistência da febre e após 2 dias de internação ao exame físico da orofaringe visualizou hiperemia e lesões vesiculares em amígdalas e palato, sugestivo de herpangina. No sexto dia de internação, apresentou crise convulsiva, sendo solicitado tomografia de crânio e realizado punção lombar, com bioquímica: leucócitos 106,6 mm<sup>3</sup> (0,0 a 5,0 mm<sup>3</sup>), segmentados 20% e linfócitos 80%, cultura e bacteroscopia negativos, sugestivo de meningite viral. Foram solicitados também, eletroencefalograma e novos exames laboratoriais sem alterações no momento. Sendo assim, iniciou tratamento com ceftriaxona e aciclovir por 14 dias. Foi também iniciado hidantal (dose 5mg/kg/dia).

Conclui-se a importância do diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento médico contínuo em lactentes febris, uma vez que esses pacientes apresentam sintomatologia inespecífica, estando também mais sujeitos a complicações graves,

mesmo em doenças menos complexas. Enfatiza-se também a importância da prevenção de infecções virais, como a herpangina, e a conscientização sobre os riscos associados à saúde, como a possibilidade de complicações como a meningite.

**Palavras Chaves:** MENINGITE, HERPANGINA, VIRAL, LACTENTES

## Infectologia

### DENGUE VERSUS PANCREATITE: RELATO DE CASO

**DEBORAH CRISTINA SANTOS DE ARAÚJO (HFSE), INGRID DA SILVA GOMES (HFSE), MURILLO COUTINHO SAYEG CAMPOS PORTO (HFSE), NINA DANIEL RONCISVALLE (HFSE), JÉSSICA BRANDHALY BARRADA BRANDÃO (HFSE), ISABELLA DANIELLE CABRAL LOPES (HFSE), JULIANA CARVALHO DE MELLO (HFSE), LARA COSTA KEVORKIAN (HFSE), MONICA SOARES DE SOUZA (HFSE)**

A Dengue tem amplo espectro clínico, por isso, é importante uma avaliação sindrômica, considerando diagnósticos diferenciais que possam estar associados. A identificação precoce de complicações é fundamental para redução da morbimortalidade, principalmente nos pacientes portadores de doenças crônicas em terapia imunossupressora.

N.S.F, 11 anos, portadora de polidermatomiosite juvenil, em uso crônico de metotrexate, imunoglobulina e ácido fólico, apresenta febre, náusea, vômito, dor abdominal e lombalgia. A hipótese inicial de dengue é confirmada por exames, que evidenciaram: hemoconcentração, plaquetopenia, leucopenia por neutropenia, aumento de enzimas hepáticas e PCR positivo. Paciente é internada por dengue com sinais de alarme necessitando de hidratação venosa e monitorização. Durante a evolução, novos exames revelaram níveis elevados da lipase (246 U/L / VR < 67), que associados à dor abdominal conduziram ao reconhecimento de pancreatite. A tomografia inicial de abdômen não apresentou anormalidades. Nesta data, o exame da amilase não estava disponível no hospital. A paciente permaneceu em dieta zero, hidratação venosa e uso de sintomáticos. Liberada dieta oral após melhora da dor abdominal com boa evolução clínica. Permaneceu estável durante a internação com posterior normalidade dos níveis séricos da lipase.

A pancreatite aguda é caracterizada por inflamação reversível do parênquima pancreático. O diagnóstico é clínico, na presença, no mínimo, de duas alterações dentre: dor abdominal, elevação de enzimas pancreáticas e exames de imagem sugestivos. A lipase sérica tem uma sensibilidade de 82 a 100%, com aumento dentro de quatro a oito horas após o início do quadro, atingindo o pico em 24 horas e normalização entre 8 a 14 dias. A elevação da lipase é mais precoce e duradoura em comparação às elevações da amilase, sendo, portanto, essencial no diagnóstico de pacientes com mais de 24 horas do início dos sintomas. Exame tomográfico abdominal pode ser realizado para descartar outras causas de abdômen agudo, porém pode não evidenciar alterações na pancreatite, pois estas surgem somente após 48h nos casos mais graves. A infecção pelo vírus da dengue tem amplo espectro de manifestações, tendo crescente relato de manifestações atípicas. Embora a dor abdominal e os vômitos sejam sinais de alarme comuns na dengue, o diagnóstico diferencial da pancreatite aguda como complicação

é raro, porém eleva significativamente a morbimortalidade e por isso deve ser prontamente investigada. A presença desses sintomas indica necessidade de internação e monitorização, em especial em pacientes com terapia com imunossupressão. Mais estudos são necessárias para comparar a evolução das arborvírus em portadores de doença crônica para avaliar diferenças de prognóstico.

A associação de pancreatite aguda com dengue é rara, porém grave. É importante a investigação de diagnósticos diferenciais de dor abdominal persistente para que intervenções precoces sejam realizadas.

**Palavras Chaves:** DENGUE, PANCREATITE AGUDA

**Agradecimentos:** AGRADECEMOS AO NOSSO PACIENTE

## Infectologia

### RELATO DE CASO: ATAXIA CEREBELAR AGUDA PÓS-INFECCIOSA

**MARIA CLARA GAIÃO (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS), JOÃO VICTOR TEIXEIRA DE MELLO (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS), GIULLIA MATTESCO (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS), MARIANA VENTURA (FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS)**

Ataxia cerebelar aguda, condição rara, abrange a pós-infecciosa e cerebelite aguda. Incidência estimada de 1 em 100k/500k. (DOI: 10.1177/0883073820901407). Agentes etiológicos mais comuns: varicela zoster, HSV1, EBV.

Objetivos: Relatar patologia rara, diferenciar cerebelite aguda de ataxia pós infecciosa e discutir os diagnósticos diferenciais.

Escolar, feminino, 9 anos, natural de Petrópolis. Quadro coriza hialina e tosse produtiva 10 dias antes da internação. Melhora total 5 dias após início. Em 72 horas, inicia desequilíbrio e dificuldade na deambulação. Nega paresia, parestesia, perda da consciência, convulsões. Piora do quadro após 48h com cefaleia frontal, pulsátil, 4/10, contínua, sem desencadeantes, alívio com dipirona. No dia, foi a UPA e realizou exames de imagem, que não mostraram alterações características, sendo liberada. Junto a dor, apresentou manutenção do desequilíbrio de marcha e incapacidade de permanecer sentada, náuseas, êmese com restos alimentares e turvação visual. Voltou a UPA, horas após, repetiu exames e foi admitida em enfermaria para investigação. Nega doenças comuns da infância, alergias, internações, uso de medicações. Caderneta vacinal atualizada. Corada, hidratada, anictérica, eupneica, PCP preservada. Sem LEP. SatO2 100%, TAX 36,5°C, FC: 88 bpm, FR: 23 IRPM. RCR, 2T, BNF, sem sopros. MVUA sem RA. Abdome flácido, indolor à palpação, peristáltico, timpânico, sem massas. Tônus e trofismo preservados. Força grau 5 em MMSS e 4 em MMII. Reflexos sem alterações. Disdiadococinesia e dismetria. Romberg impossibilitado. Pares cranianos e sensibilidade sem alterações. Marcha atáxica. Sem sinais meníngeos. Iniciou Aciclovir 30mg/kg/dia e realizou punção líquórica (pesquisa para H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningitidis e Arbovirus). Indisponível, no dia, pesquisa para herpes e varicela. No hospital, foi realizada RNM de crânio com contraste, sem alteração. Na ataxia aguda, aciclovir é profilático, pois Herpes tem maior risco de evolução grave. Usados, também, antibiótico, corticóide e antifúngicos, pois terapia varia entre

os casos. Feito Aciclovir por 12 dias pela ausência da pesquisa para Herpes e remissão total dos sintomas. A ataxia cerebelar pós-infecciosa é autolimitada e após infecção. Cerebelite aguda pode ser por infecção ou não, com sintomas sistêmicos além da ataxia: cefaléia, vômitos e alterações da consciência. Pode ter achados na RNM, como hipersinal cerebelar. A pós-infecciosa é exclusão, necessitando de exames para descartar hipóteses. Nesta última é comum RNM sem alterações. Como hipótese temos: Guillain Barré, polineuropatia inflamatória aguda, com paresia ascendente, iniciada em MMII, e hipo/arreflexia. No LCR, o padrão é de dissociação albumino-citológica. Outra hipótese é meningite, com irritação meníngea, febre, fotofobia, vômitos em jato, porém sem ataxia.

Por fim, prognóstico pode ser bom, com remissão dos sintomas na maior parte. Por isso, é importante o diagnóstico precoce e acompanhamento.

**Palavras Chaves:** CEREBELITE INFECCIOSA/ ATAXIA CEREBELAR AGUDA PÓS-INFECCIOSA

## Infectologia

### REVISÃO DE LITERATURA DO TRATAMENTO DA BRONQUIOLITE VIRAL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

**CRISTIAN CLAY DE AGUIAR FERREIRA (UNIGRANRIO), AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIGRANRIO), ROBSON RUAN RIBEIRO DA SILVA (UNIGRANRIO), MARIA EDUARDA DE AMORIM MORAES (UNIGRANRIO), SHEILA NEVES LEMOS (UNIGRANRIO), RAFAELA LAGRECA (UNIGRANRIO), BRENDA BARBOSA DA SILVA (UNIGRANRIO), BEATRIZ MESQUITA NASCIMENTO (UNIGRANRIO), CAMILA MARIA RIBEIRO CAMARA ANTUNES (UNIGRANRIO), FERNANDO JOSE CHAPERMAN (HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ)**

A bronquiolite é causada por infecções virais, sendo o principal o vírus sincicial respiratório (VSR), além de outros vírus como o rinovírus e adenovírus, sendo uma das principais afecções do trato respiratório inferior, afetando principalmente e sendo responsável pelas hospitalizações de recém-nascidos, lactentes e crianças em todo o mundo.

Levantar as evidências acerca do tratamento da bronquiolite viral (BV) na população pediátrica.

Foi utilizada a plataforma Descritores em Saúde (DeCS), obtendo como descritor 'treatment of virus bronchiolitis'. A seguir, foi pesquisado o descritor na plataforma PubMed, sendo obtidos 2.014 trabalhos. Assim, utilizamos a busca avançada para os últimos 5 anos e se reduziu para 365 artigos. Utilizamos os seguintes critérios de inclusão: terapêuticas para a bronquiolite viral e pacientes pediátricos.

Diante o diagnóstico de BV, a conduta inicial objetiva alívio dos sintomas com o uso de antipiréticos, oxigenoterapia (se saturação <92-90%) e hidratação - sobretudo nos lactentes com menos de 6 meses de idade e nos neonatos de 0 a 2 meses (caso ocorra taquipneia com mais de 60 irpm é recomendada a interrupção da amamentação pelo risco de broncoaspiração, recorrendo-se ao uso de sonda nasogástrica).

A nebulização com solução salina hipertônica é outra conduta em com o objetivo diminuir a obstrução bronquiolar, por outro

lado, essa terapia não demonstrou grandes resultados quando utilizada em bebês com o quadro inicial.

Não há consenso acerca do uso de corticosteróides e broncodilatadores no tratamento da BV. Entretanto, alguns autores consideram que o uso da inalação de beta agonistas, como salbutamol, no início da infecção aguda poderia trazer benefícios. No entanto, ensaios clínicos randomizados demonstraram que o uso de broncodilatadores não proporciona benefício significativo na melhora dos sintomas. Além disso, não houve diferença nas taxas de internação ou tempo de internação entre pacientes que usaram broncodilatadores e aqueles que não tomaram. Em relação ao uso de corticosteróides, embora alguns estudos sugerirem uma possível redução na necessidade de hospitalização, a maioria não demonstrou um benefício consistente.

O uso de antibióticos é recomendado somente se for confirmada uma infecção bacteriana concomitante.

Pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como a cardiopatia congênita cianótica possuem maior morbimortalidade, em que há estudos com o Palivizumabe mostrando a capacidade de induzir a imunidade passiva contra o VRS, porém tem por limitação o custo.

Antivirais e vacinas ainda estão em estudo para a terapêutica da BV.

Novas tecnologias têm demonstrado serem promissoras na BV e, até que se tenha a viabilidade para uso destas, é indicado detecção precoce e a modificação dos fatores de risco. Atualmente, não existem tratamentos específicos comprovadamente eficazes no tratamento da BV, além das medidas de suporte. São necessários mais pesquisas para a formulação de protocolos para BV.

**Palavras Chaves:** BRONQUIOLITE VIRAL, TRATAMENTO FARMACOLÓGICO, PEDIATRIA

## Infectologia

### SINOVITE TRANSITÓRIA DO QUADRIL EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

**JOSÉ LUCAS MOURA VASCONCELOS (UNIFG GUANAMBI), KAMYLLÉ MARIA OLIVEIRA DE MAGALHÃES (UNIFG GUANAMBI), IAGO ANDRADE TEIXEIRA (UNIRG), FERNANDA ARAÚJO SILVA PEREIRA (UNIFG GUANAMBI), ANA CLARA SERTÃO ALVES (UNIFG GUANAMBI), VANUSA LESSA BENEVIDES NASCIMENTO (UNIFG GUANAMBI), MARCIO RYAN ARAÚJO DE NOVAES (UNIFG GUANAMBI), EMILI MARIANE MACHADO GONÇALVES (UNIFG GUANAMBI), BRUNA DE AQUINO MORAIS DA SILVA (UNIFG GUANAMBI), LUCAS SOUZA FERRAZ (UNIFG GUANAMBI)**

A evolução neuro cognitiva da criança é avaliada a partir da aquisição de marcos do desenvolvimento que ocorrem em faixa etária específica. As habilidades motoras acontecem no sentido craniocaudal, distal-proximal. Por volta do décimo primeiro mês, a criança dá os seus primeiros passos e consegue caminhar sozinha a partir dos doze meses. Com a limitação da deambulação há necessidade de pesquisar patologias diversas.

Lactente, feminino, 1 ano e 8 meses de vida, previamente hígida, procurou atendimento pediátrico em Guanambi-BA, acompanhada da genitora. Relata que lactente "parou de andar"; de forma repentina. Na investigação clínica, refere sintomas

gripais, compatíveis com IVAS, há 1 semana. Apresentou febre nas primeiras 72 horas, evoluindo com coriza, obstrução nasal e tosse produtiva. Nega antecedentes patológicos e familiares, cartão vacinal atualizado e desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade com deambulação iniciada aos 12 meses. Ao exame físico, lactente se apresentava em bom estado geral, afebril, exame ortopédico com recusa para deambular, tônus e força muscular dos MMSS e MMII preservada, testado reflexos aquileu, patelar: presentes e simétricos. De acordo com suspeita clínica, foi solicitado exames laboratoriais: hemograma completo, VHS, PCR, CPK, ureia, creatinina sem alterações significativas. Além de USG de quadril que evidenciou achados típicos de sinovite transitória do quadril e derrame articular de pequeno volume a direita. Ademais, raio-x de coluna lombosacral foi solicitado para descartar diagnósticos diferenciais. Diante do diagnóstico de sinovite transitória do quadril, foi recomendado repouso relativo, uso de AINEs e orientações quanto ao desfecho favorável do quadro.

Considerando o relato de caso descrito, fica evidente a importância de pesquisar diagnósticos diferenciais, como: discite lombar, uma inflamação rara de origem viral ou bacteriana no disco intervertebral e miosite viral caracterizada pelo acometimento musculoesquelético agudo, principalmente das panturrilhas após ou durante um quadro infeccioso agudo, de origem viral. Ambos os diagnósticos cursam com a limitação da deambulação e, apesar de benigna e autolimitada, a doença causa desconforto significativo no paciente e preocupação excessiva nos pais.

Diante do quadro exposto, fica evidente que a interrupção de deambulação da criança pode ter relação com quadros infecciosos, síndromes neurológicas, alterações congênitas e alterações musculoesqueléticas. Os autores, portanto, denotam a necessidade de buscar diagnósticos diferenciais em lactentes com parada da deambulação, a fim de evitar quaisquer sequelas.

**Palavras Chaves:** SINOVITE, QUADRIL, DISCITE, LACTENTE,

**Agradecimentos:** DR<sup>a</sup>. VANUSA LESSA BENEVIDES NASCIMENTO, MÉDICA, PEDIATRA E ORIENTADORA DA PESQUISA.

## Infectologia

### MENINGITE EM LACTENTE COM SINTOMATOLOGIA INESPECÍFICA

**GABRIEL FREITAS DE CARLI (UNIG), MARIANA BASTOS GOMES NOLASCO (UNIG), EWEN DE SOUZA TEODORO (UNIG), ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LORENA DE FREITAS GOTTARDI (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), LUIZA RAMOS KELLY LESSA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), JÉSSICA DE ABREU ARRUDA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), KAMILA CAMPOS CABRAL (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), GISELA CARVALHO VELASCO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)**

A meningite consiste no processo inflamatório das meninges que envolvem as duas membranas cerebrais (pia-máter e aracnoide) e o líquido cefalorraquidiano (LCR), que engloba uma sintomatologia inespecífica podendo ser causado por diversas etiologias, não infecciosas como tumores e agentes químicos ou infecciosas como vírus e bactérias as quais são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, devido à sua maior ocorrência. A doença pode se manifestar através de quadros de febre, hipotermia, letargia, vômitos,

diarreia, dificuldade respiratória, fotofobia, anorexia, bradicardia, sinais de irritação meníngea como rigidez na nuca e dor lombar, variando de acordo com a idade e a duração da doença.

Lactente, 1 mês e 22 dias, peso de 2,900 kg, relato de prematuridade ficando sob os cuidados da UTIN (unidade de terapia intensiva neonatal) por 15 dias, com queixa principal de febre, sem alterações ao exame físico. Realizados exames laboratoriais os quais estavam dentro da normalidade. Mantida sob avaliação para investigação de febre sem sinais localizatório, sendo realizados exames laboratoriais e radiografia de tórax que não evidenciaram alterações. Foram prescritos ampicilina, aciclovir e sintomáticos, sendo mantido sem hidratação venosa. No terceiro dia de internação observou-se um choro irritado e aumento de frequência e volume das regurgitações. Foi então solicitado punção lombar, que apresentou alteração compatível com meningite (leucócitos: 21/mm<sup>3</sup>, 40% de polimorfonucleares e 60% de mononucleares, cultura e bacterioscopia negativas), sendo iniciado ampicilina, amicacina e aciclovir por 14 dias. Paciente evoluiu com alta após tratamento.

Nesse contexto, conclui-se que o tratamento empírico da meningite com antibioticoterapia é de extrema importância devido à gravidade da doença em forma mais avançada, tendo taxa de mortalidade de 100% quando não tratada. Sempre considerando a inespecificidade dos sintomas, principalmente em lactente. Nesse grupo doenças graves podem apresentar-se com sintomas como hipoglicemia, hipotermia, diarreia, recusa alimentar, distensão abdominal entre outros.

Ressalte-se que o uso prévio de antibiótico, pode levar a uma cultura falso positivo, não devendo portando interferir no tratamento.

Palavras Chaves: MENINGITE, MENINGES, LACTENTE, PROCESSO INFLAMATÓRIO

**Agradecimentos:** AGRADECIMENTO AO PACIENTE

## Infectologia

### HEPATITE POR LEPTOSPIROSE OLIGOSSINTOMÁTICA EM ADOLESCENTE: QUANDO A ANAMNESE É ESSENCIAL AO DIAGNÓSTICO

**JOÃO PEDRO MARINS BRUM BRITO DA COSTA (IDOMED), IGOR RAFAEL MATTOS (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)**

A síndrome colestática representa um desafio diagnóstico na prática clínica devido às múltiplas etiologias possíveis. Devido a pluralidade diagnóstica, um diagnóstico preciso e rápido impacta muito o prognóstico. Colangite e hepatite podem ter um diagnóstico etiológico desafiador. A leptospirose é uma infecção causada por um dos diversos sorotipos patogênicos da espiroqueta *Leptospira* sp. E caracteristicamente bifásica (fase febril e ictérica), embora alguns pacientes apresentem apenas uma doença monofásica fulminante. O espectro da doença varia de assintomático a quadros severos e fatais. Adolescentes apresentam maior gravidade em relação a crianças

Este caso aborda o diagnóstico tardio de hepatite por leptospirose em adolescente e a importância de uma anamnese detalhada.

Feminina, 14 anos, com síndrome colestática de 3 dias de evolução, sem hepatoesplenomegalia ou abdominalgia. À admissão, apresentava: TGO (763 U/L), TGP (1563 U/L), GGT (124 U/L) e bilirrubinas direta: 4,91 U/L, indireta: 3,90 U/L. Coombs direto negativo, coagulograma, hemograma, PCR, função renal, haptoglobina e reticulócitos normais, tomografia computadorizada e ultrassonografia de abdome normais. Febre e náuseas por 1 dia precedendo a internação. Realizadas sorologias: hepatites A, B e C, Epstein Barr, CMV, herpesvirus e rubéola, e dosagem de autoanticorpos: lúpicos, antiKM-1 e anti musculo liso para afastar hepatite autoimune (HAI) e lúpus eritematoso sistêmico diante da manutenção da colestase e aumento de transaminases na ausência de quadro febril. Todas as sorologias e marcadores mostraram-se não reagentes.

A investigação retornou à anamnese. Descoberta a situação de moradia insalubre antes da mudança de guarda para o pai. A sorologia para leptospirose pelo método de enzima imunoensaio foi solicitada. Evoluiu com melhora da aceitação da dieta e laboratorial. Alta hospitalar no D7 com orientações de acompanhamento ambulatorial. No retorno após 3 dias, resultado de Sorologia IgM positiva para Leptospirose, porém, optou-se não iniciar antibiótico pelo tempo decorrido e melhora clínica e laboratorial.

A forma ictérica corresponde entre 5 a 10 dos casos sintomáticos e apresenta mortalidade entre 5 a 15%. Normalmente, é acompanhada por febre, icterícia e falência renal, caracterizando a Síndrome de Weil. Deve-se suspeitar de leptospirose em pacientes que tenham uma doença febril sistêmica sem explicação etiológica clara, se estiverem expostos a ambientes endêmicos. A anamnese completa avaliando fatores de risco, incluindo os ocupacionais, água não tratada, viagens recentes para áreas endêmicas ou inundadas ou exposições a ratos. Terapia antibiótica é mais eficaz quando iniciada no começo da infecção (3 a 5 dias).

Na leptospirose oligossintomática a importância de uma anamnese detalhada mostra-se fundamental para o início precoce do tratamento específico, reduzindo o tempo de internação, consequências à saúde do paciente e os custos em saúde pública e privada.

Palavras Chaves: COLESTASE, LEPTOSPIROSE, HEPATITE, PEDIATRIA

## Infectologia

### TUBERCULOSE PULMONAR EM ADOLESCENTE DE 14 ANOS: UM RELATO DE CASO

**AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), ALANNE MESQUITA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), DANIELLE DA SILVEIRA MELLO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), JÉSSICA ESTER DIAS MOTA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), FERNANDA JARDIM GUERRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), FERNANDO JOSÉ CHAPERMANN (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO))**

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2023 o número de mortes diárias por tuberculose é o maior em quase 20 anos, matando cerca de 14 pessoas por dia no Brasil, número recorde em duas décadas.



Em 2021, paciente sexo masculino, pardo, 14 anos, pesando 44,1 kg busca serviço de saúde com queixas de febre, sudorese noturna, tosse produtiva, hemoptise, dor torácica, astenia, anorexia associados a perda ponderal há 1 mês. Negou história de tuberculose ou doenças crônicas, referindo tabagismo, etilismo (10 cigarros por dia) e uso de drogas ilícitas (maconha e lança perfume), referindo consumo compartilhado em ambiente fechado. O paciente refere ensino médio incompleto com baixa frequência escolar, além de apresentar-se distrófico com expansibilidade pulmonar e murmúrios vesiculares reduzidos em hemitórax esquerdo e roncos.

Foram solicitados teste rápido molecular, baciloscopia, radiografia de tórax, exame do escarro-radiografia apresentou área de cavitação em ápice pulmonar esquerdo e teste molecular/baciloscopia positivaram, confirmando a doença e iniciando tratamento. O médico orientou o paciente em relação ao risco de abandono do tratamento e a importância de manter regularidade, no entanto, houve 3 períodos de desistência (10/01/2022, 25/01/2022 e 18/07/2022). O bacilo permanecia sensível à terapia convencional, então foi reiniciado tratamento em todas as ocasiões, seguindo da estratégia do tratamento diretamente observado, ambos sem aderência. O acompanhamento do paciente ratificou piora do quadro, a cavitação pulmonar tornou-se mais extensa, os sintomas retornaram, o peso reduziu e a baciloscopia positivou mais. Por fim, em janeiro de 2023 logrou alta a revelia e sua mãe relatou que evadiu da escola, intensificou a adicção e passou a intercalar moradias da comunidade em que vivem.

O relato é consoante à literatura, à medida que o cuidado em saúde do paciente portador de tuberculose e de seus contactantes impacta tanto na quebra da cadeia de transmissão quanto no desfecho do paciente e nos índices de morbidade e mortalidade (CORTEZ et al). Por conseguinte, incita a resistência aos antimicrobianos, aumenta recidiva e complicações e prorroga o tempo até a cura.. Um dos fatores que acentua a evasão ao tratamento é a falsa percepção de cura mediante a melhora clínica na fase intensiva do tratamento, conforme a carga bacilífera é reduzida (POERSCH). Esse fator foi observado no paciente, pois nos 2 primeiros meses de tratamento já possuía 2 episódios de evasão.

A tuberculose é uma patologia prevalente e com potencial fatal, a presença de determinantes em saúde, como observados no paciente (vulnerabilidade socioeconômica, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, baixa escolaridade, parca condição de moradia) estão relacionados a maior dificuldade de adesão ao tratamento e, por conseguinte, pior prognóstico. A menor adesão, por sua vez, associa-se a maiores taxas de morbimortalidade, transmissibilidade, resistência microbiana e gastos em saúde.

**Palavras Chaves:** TUBERCULOSE, INFECTOLOGIA, ADICÇÃO

## Infectologia

### MENINGITE TUBERCULOSA COM BOA EVOLUÇÃO: UM CASO RARO

**BEATRIZ TEIXEIRA PECHARA FERREIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MILENA DE SOUZA FERNANDES (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), VICTÓRIA MEDEIROS SASAKI (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), JULIANA PATRÍCIA CHAVES DE ALMEIDA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), KÁTIA**

## FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM))

A meningite tuberculosa é uma complicação grave da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que acomete pacientes da faixa pediátrica dentro de seis meses após a sua primoinfecção. Comumente manifesta-se com cefaléia, febre e êmese, evoluindo com convulsões, torpor, sinais focais e déficit de memória. A gravidade da meningoencefalite tuberculosa é reafirmada pela alta taxa de letalidade (58,6%), que se acentua ainda mais nos menores de 4 anos (76,3%). Este relato traz um raro caso de difícil manejo em um escolar, mas com boa recuperação.

Escolar, masculino, 5 anos, com relato de crise convulsiva, hipertonia de membros e sialorreia após queda. Evoluiu com queda do estado geral, inapetência, cefaleia intensa, êmese, febre não aferida e hemiplegia à esquerda. Sem melhora do quadro, procura emergência após 5 dias e episódio de crise convulsiva tônico-clônica generalizada afebril.

Apresentava pupilas isofotorreagentes, nuca livre e hemiplegia à esquerda. TC de crânio mostrou pequena área hipodensa em núcleos da base à direita. Fase contrastada não evidenciou captação anômala. Dilatação tetraventricular presente. Com base nesses achados, foi colocada uma DVE e líquido cefalorraquidiano (LCR) foi sugestivo de meningite viral com celularidade alta predomínio de linfomononucleares aumento de proteinorraquia e glicorraquia inicialmente normal. Iniciou-se a terapia com Aciclovir, Ceftriaxona (7 dias) e Dexametasona (4 dias). Anamnese descobre contactante adulto em tratamento para tuberculose sem rastreamento do escolar. Sem melhora significativa foi repetido LCR que apresentou glicorraquia baixa, mantendo demais alterações e solicitado em D10 internação, PPD medindo 10mm. Foi iniciado o esquema RIP associado a Prednisona com melhora do quadro neurológico, retirado DVE sem necessidade de colocar DVP e iniciado fisioterapia motora. Recebeu alta melhorado e andando com boa cognição após 28 dias de internação.

A decisão de tratar o paciente para meningite tuberculosa com o esquema RIP se baseou nos sintomas meníngeos, associados à presença de tetradilatação ventricular na TC e à análise do LCR contendo celularidade pouco alta, com predomínio de monomorfonucleares, baixa glicorraquia e cultura negativa. A neuroplasticidade na faixa etária pediátrica após lesão cerebral, assegura a possibilidade reorganizativa do cérebro para a reparação anátomo-funcional nas deficiências pós-traumáticas e pode junto com medidas fisioterápicas garantir melhor recuperação mesmo frente a lesões graves

A meningite tuberculosa cursa com evolução rápida e potencialmente grave, podendo levar ao óbito, ou sequelas neurológicas graves. O seguimento do correto protocolo terapêutico a partir da suspeição precoce permite desfechos favoráveis ao paciente.

**Palavras Chaves:** MENINGITE TUBERCULOSA, NEUROPLASTICIDADE, PEDIATRIA

## Infectologia

### COBERTURA DAS VACINAS VIRAIS NOS ÚLTIMOS 7 ANOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), CRISTIAN CLAY DE AGUIAR FERREIRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), PÂMELA SANT'ANA DE ARAUJO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), ROBSON RUAN RIBEIRO DA SILVA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), SHEILA NEVES LEMOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), CÂTERINE OLIVEIRA DE AZEVEDO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), MARIANA COSTA MAIA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), NATANNE MESQUITA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), FERNANDO JOSE CHAPERMAN (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO))**

A cobertura vacinal no Brasil tem sido um tema de preocupação crescente em toda a sociedade médica e científica, tanto para a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) quanto para instituições de renome, como a Fiocruz e o Instituto Butantan, fato que reforça a necessidade de se voltar a atenção para os indicadores a respeito da cobertura vacinal no Brasil.

O presente estudo busca dimensionar a cobertura das vacinas virais nos últimos 7 anos e relacionar possível ausalidade.

Foi realizada análise sobre a cobertura das vacinas virais a partir de dados epidemiológicos da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização entre 2016 e 2020.

Por meio de análises feitas de diversos sistemas de informação para com a divulgação de dados vacinais, observa-se que houve a diminuição da adesão das aplicações vacinais entre os anos 2016 a 2020 em crianças de até 2 anos de idade. O ano de 2020 teve a maior queda de adesão vacinal devido à pandemia de COVID-19, em função da necessidade do isolamento social.

Uma das vacinas virais infantis na qual sofreu maior diminuição de índice vacinal foi a tríplice viral que engloba caxumba, sarampo e rubéola. Comparando com os anos de 2017 e 2021, que tiveram estimativas respectivamente de 94,29% e 55,97% houve uma redução pra 40%. Podemos enfatizar que a etapa de reforço caiu 46% tendo em vista que foi para uma taxa de 67,96%, segundo dados da secretaria de saúde do RJ.

O estudo de revisão literária permitiu visualizar aspectos relacionados à decréscima da cobertura vacinal brasileira na última década, sendo inegável a sua percepção como uma problemática para as instituições de saúde e científicas. Houve um enfoque na correlação com a diminuição na cobertura vacinal das vacinas virais, principalmente no período da pandemia pelo COVID-19, tendo como etiologia questionamentos sobre a eficácia do imunizante, disseminação de desinformação e o desconhecimento do calendário vacinal.

É indubitável a atividade da imunização como uma medida de prevenção primordial no cenário da saúde pública, foi verificado uma baixa adesão aos programas nacionais de imunização através da epidemiologia disponível, esse fato sinaliza um perigo emergente.

Busca-se compreender os indicadores epidemiológicos para elucidar estratégias que viabilizem a crescência na cobertura vacinal novamente.

Em suma, faz-se claro a impossibilidade de ignorar tal obstáculo para a saúde pública.

Assim, espera-se que com a análise dos resultados, esse trabalho científico contribua para o desenvolvimento de novos estudos,

através da exposição dos fatores relacionados com a queda na cobertura vacinal. Por todos esses fatos mencionados, indica-se que reverta o quadro por meio de políticas públicas assertivas para o estímulo à vacinação e que quebre o estigma da desinformação.

**Palavras Chaves:** VACINAS VIRAIS

## Infectologia

### TUBERCULOSE ENQUANTO UM DIAGNÓSTICO MULTIFATORIAL

**MARIANA DE JESUS CAETANO MATHIAS (HUPE/UERJ), FABIANA BARRETO LIMA (HUPE/UERJ), HENRIQUE CÉSAR CHAVES D'ABREU (HUPE/UERJ)**

Segundo o Ministério da Saúde, em 2022, foram notificados, no estado do RJ, 1033 casos confirmados de tuberculose em adolescentes e 1349 casos de tuberculose extrapulmonar (confirmação laboratorial em 14,4%). Esse trabalho se propõe a discutir, a partir de um caso clínico, a valorização da clínica e da endemicidade da doença frente aos exames complementares para determinação diagnóstica desta entidade clínica tão prevalente na região

Adolescente previamente hígido com quadro de derrame pericárdico, derrame pleural e ascite no pós operatório imediato de artrodese de coluna para tratamento de escoliose, em 17/02/23. Paciente permaneceu internado devido à evolução clínica de descompensação cardiorrespiratória, sendo iniciada investigação do quadro.

Durante a avaliação, foram realizadas sorologias para doenças autoimunes, dosagem de C3, C4 e alfa-1-antitripsina, sem alterações dignas de nota. Além disso, também foram realizadas sorologias para doenças infecciosas, com rastreo negativo. Resultados não reagentes também de baciloscopia, gene expert e cultura para micobactérias a partir de amostras de escarro e lavado gástrico do paciente, tal qual PPD não reator.

Exames de imagem como RNM cardíaca, que mostrou calcificações no pericárdio visceral, e ECO TT, que mostrou presença de fibrina sobrenadante no derrame pericárdico, sugeriram pericardite por tuberculose.

Ao longo da internação, o adolescente também foi submetido a pericardiocentese em 21/03/23 e pericardiectomia em 29/03/23, tanto para tratamento quanto para definição etiológica do quadro. A partir do líquido drenado, foram realizadas análises de celularidade, que se mostrou inespecífica (Leuco 33 - 58,1% PMN), dosagem de proteína - aumentada (4,8g/dL), glicose - aumentada (134,7g/dL), ADA - baixo (7 U/L) e LDH - alto (415 U/L), imunofenotipagem não sugestiva de neoplasia, e baciloscopia para BAAR e gene expert que não corroboraram definição diagnóstica.

Já a avaliação histopatológica do material da pericardiectomia, descartou malignidade e reforçou a presença de extensa calcificação tanto em pericárdio parietal quanto visceral, sugestivo de tuberculose.

Diante do quadro sugestivo e da ausência de outros diagnósticos, foi iniciado tratamento empírico com esquema RIPE associado a corticoterapia sistêmica. O paciente evoluiu com excelente resposta terapêutica, recebendo alta em 05/05/23

para completar esquema de 9 meses, mantendo seguimento ambulatorial.

Diante da investigação diagnóstica de quadros subagudos de doenças, com ou sem sintomas respiratórios, no estado do Rio de Janeiro, enquanto área endêmica de tuberculose, deve-se sempre levar em conta a alta prevalência dessa doença. O caso relatado nos mostra que o paciente foi diagnosticado a partir do quadro clínico e da história epidemiológica, sendo iniciado o tratamento adequado precocemente apesar dos resultados inconclusivos de exames complementares, com recuperação substancial da sua qualidade de vida.

**Palavras Chaves:** TUBERCULOSE, PERICÁRDIO, ADOLESCENTE, POLISSEROSITE

## Neonatologia

### ABCESSO HEPÁTICO NEONATAL COMO COMPLICAÇÃO DO CATETERISMO UMBILICAL.

**MARIA AMBRÓSIO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO), DEBORAH ARAUJO (HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO)**

Os abscessos hepáticos são raros em neonatologia, contendo na literatura mundial menos de 100 casos relatados. Relatamos um pré-termo tardio que evoluiu com abscessos hepáticos no período neonatal, visando chamar atenção para sua associação com cateter umbilical e para levantar a importância deste como diagnóstico diferencial nos pacientes em vigência de sepse.

J.O.S, nascido de parto cesáreo por diabetes gestacional, com boa vitalidade. Pré-termo tardio, grande para idade gestacional. Transferido à unidade neonatal por desconforto respiratório precoce. Evoluiu com hipoglicemia, iniciou hidratação venosa em acesso periférico e dieta por gavagem. Com 36 horas de vida, persistia hipoglicemia, sendo introduzido cateterismo umbilical venoso (CUV) para manter altas concentrações de glicose, radiologicamente hepático. Evoluiu com piora clínica, leucocitose com desvio até metamielócito, além de icterícia, porém culturas negativas. Iniciada antibioticoterapia. No terceiro dia de tratamento, apresentou choque séptico, com enterorragia, distensão abdominal, hepatomegalia, febre, distúrbio de perfusão e plaquetopenia. Necessitou de suporte ventilatório, dobutamina, dieta zero e nutrição parenteral. A hemocultura (HMC) foi positiva para *Klebsiella spp*, foi iniciado Meropenem e Vancomicina, realizadas pesquisas de foco, apresentando à ultrassonografia (USG) de abdome dois abscessos hepáticos. Indicada a drenagem pela cirurgia pediátrica. Isolada na cultura do abscesso *Klebsiella spp*. O esquema foi estreitado para Meropenem, mantido por 6 semanas e o paciente evoluiu com melhora clínica e regressão ultrassonográfica.

#### DISCUSSÃO

Abscessos hepáticos são raros no período neonatal e associados a alta mortalidade devido ao atraso no diagnóstico. Tais lesões podem se relacionar ao CUV, especialmente quando mal posicionado, sepse ou não terem etiologia definida. As principais bactérias relatadas nesses casos são *Staphylococcus aureus*, estafilococos coagulase negativos, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli* e *Klebsiella spp*. A clínica é inespecífica, com febre, hipoatividade, vômitos, intolerância à alimentação, distensão

abdominal e hepatomegalia. Exames de imagem são indispensáveis na suspeita clínica. A USG é o exame de escolha pela possibilidade de realização a beira-leito e permitir drenagem guiada. Estabelecido diagnóstico, é imprescindível proceder a remoção do CUV. O tratamento conservador, somente com antibioticoterapia empírica, pode ser eficaz. Mas a drenagem pode estar indicada caso não haja resposta clínica até 48 horas. Este procedimento, além de otimizar a antibioticoterapia, identificar o patógeno, também reduz o risco de rotura do abscesso.

#### COMENTÁRIOS FINAIS

O caso descreve abscesso hepático neonatal, associado ao CUV com *Klebsiella spp* em HMC e cultura de secreção. O diagnóstico pode ser difícil, pois os sinais são inespecíficos. Por isso, a realização de USG no RN séptico pode levar ao diagnóstico mais precoce e melhor prognóstico.

**Palavras Chaves:** ABCESSO HEPÁTICO, CATETERISMO UMBILICAL, RECÉM-NASCIDO

**Agradecimentos:** AO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HFSE, ESSENCIAL NO NOSSO PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL.

## Neonatologia

### CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PODCASTS COMO OBJETOS DE APRENDIZAGEM NA EDUCAÇÃO MÉDICA.

**ANNA LUÍSA SILBERMAN BUCHMANN (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), CARMEN LUCIA LEAL FERREIRA ELIAS (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), MARIA EDUARDA OLIVEIRA DE SOUZA (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), REBECA FERNANDES DE AZEVEDO DANTAS (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), GIOVANNA WROBEL (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), PAULA BARBOSA GARRITANO (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS LEMOS (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), MARIANA MEDEIROS ROUSSOULIERES (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), HEIDI HILDEGARD MONKEY PACHECO (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA), FABIO CARDOSO CHAVES (UNESA - IDOMED VISTA CARIOCA)**

Atualmente, com o advento das tecnologias, as mídias eletrônicas estão, cada vez mais, sendo utilizadas como formas de ensinamento e aprendizagem. As telas digitais não são 'terra de ninguém' e, apesar de haver muito lixo tóxico, existem conteúdos saudáveis e educativos. A utilização adequada desse universo, que independe de hora nem local, não deve ser desprezada, pelo contrário, respeitando as regras de segurança e privacidade, o mundo digital é poderoso para informações corretas, também na área de saúde.

Entender se é um método de angariar conhecimentos, juntando a parte teórica, ensinada em salas de aula, com prática e a vivência relatada pelos interlocutores do podcast.

Elaboramos uma pesquisa-ação, de abordagem quantitativa e qualitativa, com a proposta de criar um produto técnico, podcasts, fortemente atualizado no contexto das mídias de maior adesão e alcance. Iniciamos com uma revisão bibliográfica sistemática integrativa, em bases indexadas, com as seguintes palavras-chaves: "neonatologia", "pediatria", "podcast", "educação médica", tanto em português quanto em inglês. Com a fundamentação teórica, fizemos a revisão de conteúdo. A avaliação do material construído,

foi por intermédio de questionários aplicados a discentes e docentes de medicina voluntários, com análise semiestruturada e validação do seu uso. A disseminação do podcast foi por meio do aplicativo Spotify.

Foram obtidas, durante o período de análise de três meses, 62 respostas através de um formulário criado pela plataforma forms do Google, as quais todos os alunos/professores, que participaram da pesquisa, declararam que leram o termo de consentimento livre e esclarecido e concordaram com o que estava escrito. Com base na análise dessas respostas, observamos que a maioria das ouvintes eram mulheres (74,2%) e que a maioria eram alunos (77,4%) com idade entre 20-26 anos. Além disso, com base nas estatísticas obtidas pelo aplicativo Podcasters (derivado do Spotify específico para podcast), o grupo pode observar que, de forma geral, o "Podneo" apresentou 157 reproduções, sendo o episódio mais escutado foi sobre "sepsis neonatal" com 48 reproduções. Ao analisar o período em que os discentes se encontravam, observou-se que a maioria está no 7º período (25%). Em relação aos docentes, 50% deles têm habilitação em neonatologia. Ao serem questionados quantos podcasts foram ouvidos, a maioria dos alunos e dos professores responderam dois episódios. Diferentemente dos alunos que chegaram a ouvir seis episódios.

O projeto desenvolveu e avaliou a potencialidade e a usabilidade do instrumento proposto para fins educacionais sobre o ensino da neonatologia. Entendemos que colocamos o estudante de medicina como protagonista de seu processo de aprendizagem, caracterizando-se como uma metodologia ativa de ensino. Acreditamos que difundir o acesso ao podcast com conteúdo atualizado, foi um diferencial na ampliação do aprendizado dos estudantes.

**Palavras Chaves:** NEONATOLOGIA, PEDIATRIA, PODCAST, EDUCAÇÃO MÉDICA

## Neonatologia

### TECNOLOGIA E SAÚDE: ELABORAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS NEONATAIS PARA O ENSINO NA GRADUAÇÃO MÉDICA.

**BÁRBARA OLIVEIRA DE CASTRO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), CARMEN LUCIA LEAL FERREIRA ELIAS (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), HEIDI HILDEGARD MONKEY PACHECO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), LUISA PEREIRA RODRIGUES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), LUISA MARTINS CAVACO BARBOSA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), LUIZA DAU SOARES NUNES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), MARIANNA FERREIRA GRILLO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), ANNA LUÍSA SILBERMAN BUCHMANN (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), HÉLIDA PESSOA XAVIER (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA)), FABIO CARDOSO CHAVES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (UNESA))**

No âmbito da medicina, diante das disponibilidades tecnológicas, as estratégias de metodologia ativa de ensino estimulam o aluno a assumir uma postura ativa em seu processo de aprender, buscando a autonomia do educando e a aprendizagem.

Desenvolver um aplicativo disponibilizado através de link em sala de aula para graduandos de medicina, para acesso a conteúdo de neonatologia por meio de casos clínicos. O usuário pode acessar a plataforma em dispositivos móveis como tablets e smartphones,

facilitando seu uso na prática estudantil, para então difundir o acesso a conteúdos de neonatologia no meio acadêmico.

Cada pesquisador do projeto elaborou casos clínicos contextualizados sobre os principais temas da neonatologia: Sepsis Neonatal, distúrbios metabólicos, cardiopatia Congênita, e aspiração Meconial. Ocorreu a leitura e discussão sobre os vídeos e artigos científicos selecionados, com a criação de um link no APP FORMS e testagem do funcionamento do link criado com quarenta discentes voluntários. Utilizamos tabulação de simulação virtual e observação de campo para avaliar o desempenho dos discentes. Realizada análise dos resultados e finalizações necessárias do aplicativo, foram organizadas etapas para releitura do caso, preparo da intervenção necessária por caso, avaliação pelo examinador e DEBRIEFING. No final da aula foi criado um CHECKLIST para critério de avaliação das atividades de simulação por meio dos conteúdos teóricos e questões de comunicação entre as equipes.

Os cenários aconteceram no ambiente Laboratório de Habilidades e Simulações, sendo utilizados manequins específicos. As atividades tiveram cinquenta minutos de duração, e foram divididas em: leitura do caso, preparo da intervenção necessária por caso, avaliação pelo examinador, checklist e debriefing. No CHECKLIST, além de relatar o caso clínico, ter objetivos determinados e ter a proposta avaliativa, tais como: medidas iniciais, diagnóstico, tratamento e comportamento, há também espaço para a realização de DEBRIEFING. Com a observação de campo, entendemos que a atividade foi bem aceita por 100 % sendo inovadora com o objetivo de cada vez realizarmos melhor a didática em sala de aula. Na análise do CHECKLIST podemos perceber que as questões de conteúdo foram plenamente desenvolvidas e as questões de comunicação entre equipe e/ou familiares estão em desenvolvimento.

A utilização do aplicativo proporcionou uma metodologia ativa de ensino para os alunos matriculados no sétimo período no Curso de Medicina. A criação do projeto uniu a área médica com a área tecnológica, e fomentou a importância do compartilhamento do conhecimento. Além disso, permitiu uma reflexão acerca dos processos inovadores no ramo da educação, que possibilita um aprendizado fundamentado nos problemas da vida real, autonomia na tomada de decisão e construção do conhecimento associado à prática.

**Palavras Chaves:** NEONATOLOGIA , EDUCAÇÃO EM SAÚDE , SIMULAÇÃO , TECNOLOGIA

## Neonatologia

### A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO METODOLOGIA PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS EM NEONATOLOGIA

**LETÍCIA FERNANDES DE LIMA E SILVA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), ANDRÉ FURIATI MONTEIRO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), CARMEN LUCIA LEAL FERREIRA ELIAS (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), HEIDI HILDEGARD MONKEY PACHECO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), FABIO CARDOSO CHAVES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), ANNA LUÍSA SILBERMAN BUCHMANN (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), STEPHANIE FAHIEL NAVARRO (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ), MARIANA MEDEIROS ROUSSOULIERES (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ)**

Introdução: o ensino da neonatologia existe de forma rotineira no currículo da graduação, sendo uma experiência exitosa. Manobras de reanimação neonatal em sala de parto, punção lombar e punção supra púbica são comuns em ambientes da neonatologia. Para que ocorra o aprimoramento de capacidades na execução da técnica, é relevante o ensino baseado em simulação atrelado a recursos tecnológicos. A nova geração de jovens estudantes encontra-se diante do desenvolvimento tecnológico, permitindo o acesso rápido e eficiente de consulta e pesquisa. Associar essa tecnologia rica em informações a aprendizagem dos estudantes de medicina, possibilita um auto direcionamento dos seus interesses e das necessidades de aprendizagem. Proporcionando um melhor aproveitamento das aulas de acordo com os interesses individuais de cada aluno.

Objetivo: O presente projeto visa atender a necessidade de novas metodologias de aprendizagem relacionadas ao avanço tecnológico, referente a neonatologia. O objetivo deste projeto é a elaboração de casos clínicos para o ensino de procedimentos em neonatologia, utilizando a simulação realística.

Metodologia: uma pesquisa ação, elaborada pelos docentes da disciplina ministrada no laboratório de habilidades e simulação, com o objetivo de trazer o discente para construção de diagnósticos diferenciais e chegar ao procedimento principal de cada caso. Foi oferecido material para leitura prévia, tais como: caso clínico, vídeos, protocolo de operação padrão e cheque list. Após a elaboração do diagnóstico os alunos eram convidados para realizar o procedimento em questão. Os procedimentos trabalhados foram: punção lombar, punção supra púbica e administração de surfactante. O debriefing era conduzido pelos discentes que não participaram do procedimento, com auxílio do docente.

Resultados: tal metodologia trouxe dinamismo ao tema o que gerou maior interesse dos discentes, e resultou em um entendimento mais efetivo tanto do raciocínio clínico abordado nos casos quanto da parte prática estimulada pelos procedimentos. Generalizando, a aliança harmoniosa entre conhecimento tecnológico, teórico e prático gerou experiências enriquecedoras aos discentes os quais se utilizarão delas para incremento de sua vida profissional. Ademais, esta vivência vai ao encontro da realidade da simulação realística, crescente em todo o cenário de ensino médico.

Conclusão: Dessa forma, o projeto traz uma nova perspectiva sobre o ensino da neonatologia que pode trazer maior estímulo para a área, além de facilitar a transmissão de conhecimento pelos docentes. Sendo assim, o presente estudo consiste em uma ação transformadora por adaptar-se à nova realidade dos jovens estudantes do século XXI e pela possível criação de profissionais mais capacitados e seguros com relação aos procedimentos da neonatologia.

**Palavras Chaves:** PALAVRAS CHAVE: EDUCAÇÃO MÉDICA/ PROCEDIMENTOS PEDIÁTRICOS

## Neonatologia

### A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM NEONATAL AMPLIADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**CAMILLA MARTINS DA CUNHA (UNIGRANRIO), JESSICA**

**THAYNNA RESENDE FIGUEIREDO (UNIFIMES), CARLOS NEI COQUEMALA JUNIOR (UNIFIMIS), HENRIQUE POLIZELLI PINTO NETO (UNIFIMIS), ISABELLA CANDIDA VARGAS (UNIFIMIS), MARCELA LEITE DAMAZIO (UNIGRANRIO), CARLA ADRIANA DE SOUZA OLIVEIRA (UNIFIMIS)**

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) no Brasil avalia 6 doenças no recém-nascido (RN), são elas: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. Este exame é conhecido popularmente como teste do pezinho, que é obrigatório e deve ser realizado entre o 3º e o 5º dia de vida do RN. Já na rede particular, o teste é ampliado, que detecta até 48 doenças, porém não é gratuito.

Este trabalho tem como objetivos descrever a diferença entre a triagem neonatal oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela rede particular, e qual o seu impacto no diagnóstico precoce das doenças metabólicas, infecciosas e hereditárias.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, nos últimos 5 anos, com os descritores: “triagem neonatal ampliada”, “teste do pezinho”, “erros inatos do metabolismo”, através das bases de dados do Scielo, da Biblioteca Virtual em Saúde, do Google Acadêmico e por meio do Manual Técnico do Ministério da Saúde (MS).

Apesar de significativa, ainda existe escassez de material científico na literatura que aborde sobre a triagem neonatal. Existem diversos erros inatos do metabolismo que causam doenças raras, que podem ser detectadas precocemente através da triagem neonatal ampliada. Quando diagnosticada a patologia do RN, a mesma pode ser tratada, o que previne as alterações no sistema neuropsicomotor. Um exemplo é o caso de acidúria glutárica, que deixa sequelas neurológicas permanentes se não tratada, e o tratamento é simples com uma dieta hipoproteica restrita em lisina, triptofano e suplementada com carnitina.

Dessa forma, considera-se importante e relevante o PNTN para detecção precoce de doenças nos RNs. Contudo, se o MS reavaliasse a implantação do teste de triagem neonatal ampliado aumentaria a possibilidade de identificar várias patologias nos conceptos. Desta maneira, aumentaria a expectativa e qualidade de vida e a possibilidade do tratamento precocemente a população majoritariamente desfavorecida de acesso ao mesmo serviço em rede particular.

**Palavras Chaves:** TESTE DO PEZINHO, RECÉM-NASCIDO, ERROS INATOS DO METABOLISMO

## Neonatologia

### PAN-HIPOPITUITARISMO NEONATAL: UM RELATO DE CASO

**MARIA AMBROSIO BARBOSA (HFSE), DEBORAH ARAUJO (HFSE), FÁBIO CARDOSO (HFSE), ALICE GOMES (HFSE)**

O hipopituitarismo congênito (HC) é definido pela deficiência parcial ou completa de um ou mais hormônios hipofisários. Surge por defeito congênito no desenvolvimento da glândula. Doença rara na faixa etária neonatal, com incidência estimada de 1 para cada 4000 a 10000 nascidos vivos. Identificar o HC pode ser desafiador pelos sintomas iniciais inespecíficos. O diagnóstico e tratamento precoce apresentam impacto no crescimento e desenvolvimento do paciente.

S. V. M. S. nascido de parto cesáreo a termo, por iteratividade. Reanimado em sala de parto com boa resposta. Apgar 5/8. Encaminhado para UTI neonatal por desconforto respiratório precoce. Evoluiu com hipoatividade, hipoglicemia, icterícia não colestática prolongada, permaneceu em fototerapia por 10 dias. A hipoglicemia refratária a altas infusões de glicose parenteral e estratégias dietéticas diversas. Rastreo biológico neonatal normal. Exames laboratoriais com T4 livre zerado, TSH e T3 baixos, confirmando, inicialmente, hipotireoidismo central. Após dosagem sérica de cortisol basal, LH, FSH, prolactina e GH, todos abaixo do valor de referência, confirmou-se pan-hipopituitarismo. Não realizado exame de imagem por indisponibilidade da instituição, sendo feito ambulatorialmente. Iniciado tratamento com Prednisolona e Levotiroxina, levando ao equilíbrio da glicemia após dieta plena por sucção e resolução do quadro de icterícia. Após a alta, paciente iniciou acompanhamento ambulatorial na pediatria e endocrinologia, iniciando reposição de GH.

O hipopituitarismo congênito é a deficiência de um ou mais hormônios hipofisários, já presente ao nascimento. A maioria dos casos é idiopática. Doença rara e as causas são defeitos no desenvolvimento embriológico ou genéticas. Identificar RN com HC pode ser desafiador, pois os sintomas iniciais são inespecíficos, como hipoglicemia, icterícia prolongada (com ou sem colestase), baixo ganho ponderal, anormalidades eletrolíticas, instabilidade térmica e hemodinâmica, sendo a apresentação variável de acordo com os eixos hormonais afetados. O diagnóstico é feito pela alteração nos níveis séricos hormonais, com teste de um ou mais eixos que englobam a glândula pituitária. Além dos hormônios, a ressonância magnética e testes genéticos acrescentam dados, lembrando que o HC está, frequentemente, associado a outros defeitos de linha média. O tratamento consiste na reposição hormonal após diagnóstico.

O diagnóstico precoce no período neonatal é desafiador pela inespecificidade dos sintomas, porém sua identificação é de extrema importância, pois o déficit hormonal hipofisário não diagnosticado pode evoluir com gravidade, aumentando a incidência de morbimortalidade por retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, baixa estatura e choque. O diagnóstico diferencial com outras doenças ou mesmo condições clínicas isoladas como hipotireoidismo congênito ou deficiência adrenal é importante que ocorra precocemente para que a instituição do tratamento adequado seja instituído.

**Palavras Chaves:** HIPOTIREOIDISMO, CONGÊNITO, NEONATAL, HIPOGLICEMIA

**Agradecimentos:** AO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA DO HSE POR TODO ENSINAMENTO.

## Neonatologia

### ALÉM DO PRIMEIRO PASSO: CRIAÇÃO DE E-BOOK SOBRE A AMPLIAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO

**LETÍCIA SANTIAGO DA SILVA FERREIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES), GLAUCIA MACEDO LIMA (FACULDADE SOUZA MARQUES), LUIZA MARIA ALVES VIEIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES), GABRIELA MATEUS FALCOEIRAS (FACULDADE SOUZA MARQUES), YASMIN AMARAL MANSUR (FACULDADE**

**SOUZA MARQUES), ALDA MARIA VIANA L. CHIESSE COUTINHO (FACULDADE SOUZA MARQUES), MANUELA DE QUEIROS MATTOSO MOCELA (FACULDADE SOUZA MARQUES), HELENA MARTINS BENVENUTO LOURO BERBARA (ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE RJ)**

O Teste do Pezinho, um dos exames da Triage Neonatal, é de extrema importância quanto à atenção básica à saúde de recém nascidos. A partir dele, é possível identificar variadas patologias, oportunizar um tratamento precoce, além de diminuir ou até eliminar possibilidades de sequelas associadas a essas comorbidades. No Brasil, eram contempladas seis doenças no exame - hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, anemia falciforme / hemoglobinopatias, fibrose cística do pâncreas, deficiência da biotinidase e hiperplasia adrenal congênita. Em alguns estados brasileiros implementou-se a ampliação do teste, sendo triadas mais doenças. Em julho de 2023 o Rio de Janeiro, que já triava as seis doenças básicas e a toxoplasmose congênita, ampliou o Teste do Pezinho para mais 46 doenças, dentre elas Distúrbios de Beta Oxidação de Ácidos Graxos, Distúrbios dos Ácidos Orgânicos, Aminoacidopatias / Distúrbios do Ciclo da Ureia e Galactosemias.

O trabalho visa a construção da linha de cuidados mínimos indispensáveis a bebês com resultado positivo no exame para as novas doenças do Teste do Pezinho para orientação dos profissionais de saúde. Assim, buscando promover uma melhor assistência aos recém-natos e suas famílias e uma melhor qualidade de vida.

O trabalho consistiu em descrever cada doença, por meio de busca na literatura do Pubmed, primeiramente em uma planilha contendo em suas linhas as patologias e em suas colunas: nível de gravidade, fisiopatologia, sintomas, exame/metodologia, resultado do exame, interpretação do exame, cuidado mínimo indispensável, encaminhamento, conduta, tratamento específico e referências bibliográficas. Como produto final a planilha foi transformada em e-book para melhor organização dos dados e compreensão dos profissionais.

Durante o processo do estudo, verificamos que na listagem oficial de 53 doenças que seriam somadas ao teste, uma não era uma "doença" e sim o nome do exame de identificação das Galactosemias, a MCAD estava duplicada em dois grupos na listagem e quatro se repetiam em pares com nomes diferentes: Leucionose e Doença da Urina do Xarope de Bordo são a mesma doença com nomenclaturas diferentes, mas estavam descritas como diferentes patologias, assim como BKT e 2M3HBA e ainda a TYR1 e Tirosinemia-1-Succilacetona. Sendo assim, constatou-se que a ampliação do Teste do Pezinho no Rio de Janeiro, antes divulgada como 60 doenças, na verdade seriam 53.

Com o estudo percebeu-se a necessidade de maiores pesquisas acerca das patologias, porque algumas delas não possuem registros claros na literatura. A ideia de criação do e-book a partir dos dados da planilha criada objetivando organizar uma linha de cuidados mínimos, pode vir a facilitar a educação médica preliminar sobre essas novas doenças raras incluídas à ampliação do Teste do Pezinho, visando agilidade e melhor prognóstico para bebês que venham a ter diagnóstico positivo a partir do marco histórico da ampliação da triagem neonatal de doenças ainda tão raras.

**Palavras Chaves:** TRIAGEM NEONATAL, EDUCAÇÃO MÉDICA, CUIDADOS MÉDICOS.

**Agradecimentos:** À APAE RJ PELA OPORTUNIDADE DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO E PARTICIPAÇÃO NO MARCO HISTÓRICO PARA O RJ.

## Neonatologia

### COINCIDÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS DE NOVAS DOENÇAS RARAS COM NOMES DIFERENTES NA LISTAGEM OFICIAL DO TESTE DO PEZINHO AMPLIADO

**LETÍCIA SANTIAGO DA SILVA FERREIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES), GLAUCIA MACEDO LIMA (FACULDADE SOUZA MARQUES), LUIZA MARIA ALVES VIEIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES), GABRIELA MATEUS FALCOEIRAS (FACULDADE SOUZA MARQUES), YASMIN AMARAL MANSUR (FACULDADE SOUZA MARQUES), ALDA MARIA VIANA L. CHIESSE COUTINHO (FACULDADE SOUZA MARQUES), MANUELA DE QUEIROS MATTOSO MOCELIN (FACULDADE SOUZA MARQUES), HELENA MARTINS BENVENUTO LOURO BERBARA (ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE RJ)**

O Programa de Triagem Neonatal pelo “Teste do Pezinho”, diagnóstica precocemente patologias, e oportunamente, conduz ao fluxo de tratamento objetivando impedir e/ou reduzir sequelas relativas às comorbidades. No Brasil, o exame contava, basicamente, com seis doenças: Hipotireoidismo congênito, Fenilcetonúria, Anemia falciforme/hemoglobinopatias, Fibrose cística do pâncreas, deficiência da Biotinidase e Hiperplasia adrenal congênita. Em julho 2023, Estado Rio de Janeiro-RJ, que já totalizava sete doenças básicas em sua triagem neonatal pela inclusão da Toxoplasmose congênita, ampliou possibilidade de diagnóstico com mais doenças, pertencentes aos “Distúrbios” agrupados em: Beta Oxidação de Ácidos Graxos, Ácidos Orgânicos, Aminoacidopatias/ Ciclo da Ureia e Galactosemias.

Apresentar coincidências encontradas na lista oficial das novas doenças da Ampliação do Teste Pezinho RJ, elencadas pelo Ministério da Saúde, percebidas à revisão bibliográfica das mesmas, em oportunidade de estudo de Iniciação científica no curso de Medicina.

Durante propósito de criação de linha de cuidados mínimos indispensáveis à triagem ampliada, fez-se necessário estudo de revisão narrativa das novas doenças, o que permitiu que particularidades fossem identificadas e registradas. A partir de ampla busca de palavras-chave com nomes e siglas das doenças, artigos foram direcionados à plataforma digital com base no PubMed. Nesta experiência, aspectos repetidos foram encontrados, identificando-se patologias repetidas com nomenclaturas diferentes.

Durante o estudo objetivado, percebeu-se necessidade de ampliar pesquisas acerca das patologias raras elencadas, considerando que muitas não possuem estudos abrangentes, dificultando acesso às informações. Algumas foram encontradas apenas em repositórios institucionais de pesquisas australianas e alemãs. Da listagem oficial de mais 53 doenças que seriam somadas ao teste totalizando 60, uma não era “doença”, e sim nome dado ao exame de identificação das Galactosemias - “Galactose Total”. Outra, a MCAD estava duplicada em dois grupos na listagem e mais quatro se repetiam em pares com nomes diferentes: Leucionose e Doença da Urina do Xarope de Bordo, BKT e 2M3HBA, TYR1 e Tirosinemia-1-Succilacetona.

Buscando estudar novas doenças da triagem neonatal pelo SUS, observações coincidentes referentes a idênticas patologias identificadas com nomes diferentes foram conjecturadas. Constatou-se que a ampliação da triagem neonatal no RJ, divulgada como abrangente a 53 doenças, em função de características coincidentes na literatura, totalizou na prática o acréscimo de 46 novas doenças. Informações duplicadas, tais como as aqui descritas ratificam necessidade de abrangência diferenciada a doenças raras, a fim de se promover o melhor prognóstico possível e oportuno aos pacientes.

**Palavras Chaves:** TESTE DO PEZINHO, EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ASSISTÊNCIA MÉDICA.

**Agradecimentos:** À APAE RJ PELA OPORTUNIDADE DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO.

## Neonatologia

### OBESIDADE GESTACIONAL E A EPIGENÉTICA NO CUIDADO DO CONCEPTO

**JULIA ELISA VILLON DO AMARAL (FACULDADE SOUZA MARQUES), FERNANDA CORREA DE OLIVEIRA RAMOS (FACULDADE SOUZA MARQUES), ALEXIA DIVA DE CARVALHO PHEBO (FACULDADE SOUZA MARQUES), HENRIQUE PAZOS FERNANDES MARTINS (FACULDADE SOUZA MARQUES), ANNA LUIZA COSTA SANT'ANNA (FACULDADE SOUZA MARQUES), GIOVANNA FIGUEIREDO CHAGAS (FACULDADE SOUZA MARQUES), JULLYANE LUTTERBACH ERTHAL (FACULDADE SOUZA MARQUES), LUIZA MARIA ALVES VIEIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES), THAÍS ALVARENGA CERONI (FACULDADE SOUZA MARQUES), GLÁUCIA MACEDO DE LIMA (FACULDADE SOUZA MARQUES)**

A obesidade na gestação implica em fatores de risco também aos conceptos. A literatura referente ressalta que uma assistência criteriosa perinatal pode permitir mudanças ambientais, comportamentais e nutricionais na gestante, capazes de silenciar o predomínio da tendência genética do bebê ao sobrepeso: a “epigenética”.

Correlacionar questões perinatais envolvidas na gestação e período de lactente, com sobrepeso e obesidade materna prévias à gestação.

Estudo seccional descritivo observacional de variáveis prevalentes de respostas ao Questionário referente a dados perinatais aplicado a mães de crianças com até dois anos de vida, concordantes com o termo de consentimento livre esclarecido previamente apresentado via formulário Google, que assegura anonimato, confidencialidade e segurança aos participantes. Projeto aprovado por CEP CAAE 61489422.4.0000.5239.

Análise estatística dos dados prevalentes foi pareada com “sobrepeso” ou com “obesidade” na verificação de associação significativa em  $p < 0,05$  IC95%

Dos 78 questionários, 28 gestantes tinham sobrepeso ao iniciar gestação e 13 obesas. Variáveis significativas  $p < 0,05$  com obesidade e sobrepeso: aborto prévio, renda familiar 6 salários mínimos, união conjugal estável

$p < 0,05$  c/ obesidade: gravidez planejada, escolaridade superior, hipertensão arterial, dieta saudável, parto particular, parto cesáreo, seio materno-SM 1o semestre

$p < 0,05$  c/ sobrepeso: primípara, pré-natal particular, diabetes, peso apropriado/idade gestacional/AIG por ultrassom intrauterino

OddsRatio IC95% c/ obesidade e sobrepeso - chance 2x em: primíparas, com exercício físico regular, renda 6 salários, HAS (HAS com 5x de chance em obesas),

OddsRatio IC95% em obesas: chance 2x em: primípara, c/ exercício regular, renda 6 salários, HAS (5x chance nas obesas) e consultas regulares de puericultura

O controle de peso na amostra apontou cuidados de boa nutrição, alimentação e peso maternos refletidos nas boas condições de nascimento dos conceptos, que nasceram a termo e seguiram com consultas pediátricas regulares. O cuidado com gestantes

obesas com diabetes gestacional, em especial, conferiu "Epigenética" com fator de proteção a estes bebês, que nasceram com peso normal (eram GIG- Grandes /Idade Gestacional intrauterina) e com prevalência de aleitamento materno ao primeiro semestre.

**Palavras Chaves:** EPIGENÉTICA, OBESIDADE, SOBREPESO, PRÉ-NATAL, LACTENTE

## Neonatologia

### OS (PRIMEIROS) 1100 DIAS

**BEATRIZ CRIVELLI ALVARENGA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), ISABELA LOPES RANZEIRO (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), ALESSA BEATRIZ DE MIRANDA DA SILVA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), JANAINA FERNANDES CERQUEIRA BATISTA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), GLAUCIA MACEDO DE LIMA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES)**

O termo "1.000 dias" chama a atenção para a importância do período da concepção até os dois primeiros anos de vida, principalmente no que se diz respeito a qualidade nutricional e crescimento saudável desta fase. Visto isso, os 1.100 dias são o resultado do mesmo período somado aos 90 dias que precedem a concepção. O preparo pré-concepcional consiste no conjunto de cuidados de saúde adotados no período que antecede a concepção.

O objetivo do estudo foi verificar se há diferença entre a gravidez planejada e não planejada quanto a intercorrências durante a gestação.

Estudo seccional descritivo observacional, aplicado a mães de crianças com menos de 10 anos de idade. Foram selecionadas 50 participantes, segundo o critério de inclusão, que consistia em ser mãe biológica da criança. Para coleta de dados foram utilizados o meio virtual e presencial e a ferramenta Google Forms® foi a utilizada para confecção dos questionários. No convite, foi disponibilizado link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido do questionário, para aqueles que respondessem de forma afirmativa ao TCLE. Projeto aprovado por CEP CAAE: 64278122.1.0000.5239.

Em relação ao perfil sociodemográfico das entrevistadas, observou-se uma predominância de mães com idades compreendidas entre 18 e 30 anos, cujo nível de escolaridade predominante foi até o ensino médio completo. A maioria das

entrevistadas apresentava uma faixa salarial situada entre 1 e 2 salários-mínimos. Participaram da pesquisa mães de recém-nascidos com até 29 dias de idade e crianças de até 10 anos, conforme definido pelo método do estudo. Segundo informado, a grande maioria dos bebês teve alta com 48 horas de vida sem necessidade de internação, choraram forte ao nascer e receberam contato com seio materno na primeira hora de vida. Nesta amostra, a maioria dos bebês não tiveram intercorrências e as mães realizaram seguimento das consultas de puericultura. Em uma paciente que não planejou a gravidez, foi verificado um caso de sífilis, e a mãe e o parceiro foram tratados prontamente. O bebê nasceu bem, sem complicações ou necessidade de internação e segue em atendimento na puericultura

Os resultados obtidos revelam a importância da atenção pré-natal e do cuidado integral principalmente até os primeiros 1100 dias. A maioria dos bebês não apresentou intercorrências, demonstrando a eficácia das medidas de prevenção e cuidados adotadas. A detecção oportuna e o tratamento da sífilis em uma das entrevistadas representam um exemplo da importância da vigilância e do acompanhamento médico durante a gestação. Dessa forma, os resultados demonstram que a atenção à saúde materno-infantil junto com a educação e o acompanhamento médico adequado são fatores determinantes para a obtenção de resultados positivos na saúde das crianças. Ressaltando a importância de políticas públicas de saúde que promovam acesso a cuidados pré-natais e acompanhamento contínuo das crianças na puericultura,

**Palavras Chaves:** GESTAÇÃO, PRÉ NATAL, RECÉM-NASCIDO, LACTENTE

## Neonatologia

### NOVAS PERSPECTIVAS NO CUIDADO INTEGRAL AO PREMATURO: ÊNFASE NA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA NEUROPROTETORA

**ANNA CAROLINA FARIA DE FREITAS (UNESA), LUCAS ALEXANDRE GOMES DE OLIVEIRA (UNESA), ELIZABETH ALT PARENT (UNESA), TERESA RUAS (UNESA), GABRIEL PROTASIO QUINTAS (UNESA)**

A permanência do prematuro em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) engloba uma série de cuidados específicos que têm por objetivo uma assistência integral, interdisciplinar e humanizada. Práticas neuroprotetoras, tais como o contato pele a pele imediato, a realização das etapas do método canguru de forma oportuna, a oferta de leite materno e o cuidado centrado na família garantem proteção e organização do sistema nervoso central (SNC) a curto e longo prazo e favorecem um melhor neurodesenvolvimento.

Compreender a relevância do cuidado centrado na família e sua correlação com a neuroproteção

Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos científicos publicados entre 2013 e 2023, nos idiomas português e inglês, nas bases de dados LILACS, PubMed, BVS e MEDLINE. Foram excluídos capítulos de livro, teses e dissertações. Para a busca e seleção dos artigos, utilizaram-se os descritores "Premature", "Neuroprotection" e "Family". Foram encontrados 38 artigos, sendo excluídos 11, os quais



não estavam de acordo com o tema da pesquisa e/ou duplicados, restando assim 27 artigos, utilizados nesta pesquisa.

A partir da literatura estudada, evidenciou-se que a permanência do prematuro em UTIN requer cuidados interdisciplinares que possibilitem à família participar de forma efetiva nos cuidados integrais, durante a permanência no contexto hospitalar. As novas perspectivas e práticas na perineonatalogia têm como objetivo central favorecer a atenção centrada na família, priorizando os cuidados essenciais e aleitamento materno desde o nascimento do prematuro. Além disso, os estudos selecionados também demonstraram e correlacionaram a importância dos cuidados centrados na família como prática contemporânea que melhora índices de desenvolvimento cognitivo/neurodesenvolvimento durante a primeira infância, diminuição de respostas do prematuro à dor aguda, melhora no ganho de peso e crescimento, redução da hipotermia e do risco de hemorragias intracranianas, alta precoce, melhor qualidade de saúde mental dos pais durante o período de internação hospitalar e interação aprimorada entre pais e filhos, tanto no contexto hospitalar, como no período de pós alta.

A prematuridade é uma realidade complexa e que não se finaliza com a alta hospitalar. Embora o exercício da parentalidade na UTIN seja um desafio, pois o envolvimento dos pais nesse ambiente ainda encontra-se aquém do ideal, o cuidado centrado na família é uma prática comprovada e validada cientificamente. Sabe-se o quanto a participação familiar no contexto hospitalar gera o cuidado integral ao prematuro, proporcionando melhor neuroproteção, além de todos os benefícios fisiológicos e mantenedores da homeostase, melhor neurodesenvolvimento e organização do SNC. Dessa forma, deve ser valorizada e utilizada como uma prática interdisciplinar insubstituível no âmbito da atenção especializada ao prematuro.

**Palavras Chaves:** NEUROPROTEÇÃO, CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA E PREMATURIDADE

## Neonatalogia

### SÍNDROME EDEMIGÊNICA PROVOCANDO AMBIGUIDADE GENITAL: UM RELATO DE CASO

**TAIANE CAMARGO (HUAP-UFF), IGOR TRINDADE (HUAP-UFF), THAIS RIOS (HUAP-UFF), ROSHELLE BALEIXO (HUAP-UFF), VIRGINIA DELARMELINA (HUAP-UFF), LUDMILA LOPES (HUAP-UFF), CAROLINA RIBEIRO (HUAP-UFF), JULIANA MAINCZYK (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF)**

A genitália ambígua é uma desordem de diferenciação sexual (DDS) que se manifesta pela aparência da genitália externa diferente do esperado para o sexo em graus variados. O diagnóstico é feito no exame físico da criança ao nascer, junto aos testes genéticos, se necessário.

Recém-nascido de mãe G1P0A0, pais jovens e não-consanguíneos, nascido a termo, parto cesáreo por parada de progressão, APGAR 8/9. Bolsa rota no ato com líquido amniótico fétido. Exposto a sífilis, demais sorologias negativas. USG morfológico de 24 semanas com a presença de edema subcutâneo em abdome e MMII, pé torto congênito a direita e hipospadia. Ao nascer não necessitou de manobras de reanimação e ao ser examinado

apresentava linfedema importante de MMII e discreto edema de face. Genitália atípica apresentando fusão labioescrotal parcial e edema em saliência labioescrotal, com presença de seio urogenital (não é possível individualizar uretra), sem gônada palpável, falus medindo 3,5x4cm, com óstio em fundo cego na ponta do falus. Mãe relata ter apresentado, ao nascimento, edema de MMII semelhante ao observado na criança, com melhora parcial ao longo dos anos, entretanto nega alterações na genitália. Em USG realizada no 13º dia de vida foi possível definir sexo anatômico pela presença de útero, mas não foram visualizados ovários. A investigação laboratorial inicial mostra valores de 17OHprogesterona, testosterona e SDHEA normais. Cariótipo em andamento. Doppler de membros inferiores não evidenciou malformações ou estenoses. Paciente permaneceu estável durante internação.

**DISCUSSÃO:** A genitália ambígua é uma consequência dos DDS com incidência de 1:5.000 nascimentos. Algumas alterações podem dificultar a determinação do sexo do bebê pelo exame físico: micropênis, criptorquidia, clitoromegalia, hipospádia, fusão dos grandes lábios. O sexo do bebê é determinado pelos cromossomos sexuais (46XY ou 46XX), pela formação da gônada, pela secreção gonadal de hormônios que vão agir para diferenciar a genitália externa e também os órgãos internos. Uma das principais causas de indiferenciação da genitália é a hiperplasia adrenal congênita, patologia que deve ser investigada nesses casos através da dosagem de 17OHprogesterona. A doença de Milroy-Meige-Nonne entra como diagnóstico diferencial neste caso pois é uma forma primária de edema linfático, geralmente localizada nos membros inferiores e bilateral. A moléstia é causada pela drenagem linfática inadequada, devido ao desenvolvimento anormal dos vasos linfáticos, que por congestão evoluiria com edema em região genital. Trata-se de condição hereditária com transmissão autossômica dominante. Os estudos a respeito desse diagnóstico ainda são pouco robustos mas entra em consonância com o quadro atual sendo a principal hipótese diagnóstica.

Toda genitália que não pode ser definida no momento do nascimento demanda uma investigação cautelosa e definição do caso antes da alta da maternidade.

**Palavras Chaves:** GENITÁLIA AMBIGUA, SÍNDROME EDEMIGÊNICA

## Neonatalogia

### RELATO DE CASO: TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - OTIMIZAR ASSISTÊNCIA PARA MELHORAR DESFECHOS

**TAIANE CAMARGO (HUAP-UFF), THAIS RIOS (HUAP-UFF), LUDMILA LOPES (HUAP-UFF), ROSHELLE BALEIXO (HUAP-UFF), MAGALI DAMITIO (HUAP-UFF), GABRIELA ROSESTOLATO (HUAP-UFF), APRISCLA MENDES (HUAP-UFF), CAROLINA RIBEIRO (HUAP-UFF), KATIA LINO (HUAP-UFF), LEONARDO CAMPOS (HUAP-UFF)**

Infecções perinatais constituem grave problema de saúde pública pela elevada morbimortalidade associada. Nasce 1 a 10 crianças infectadas pelo *Toxoplasma gondii* a cada

10.000 nascidos-vivos no mundo.

Recém-nascido do sexo masculino, 6 horas de vida, apresentou apneia e hipotermia. Mãe 23 anos, G4P3A1, realizou pré-natal

completo, nega comorbidades, uso de álcool ou drogas. Em rotina de pré-natal, converteu sorologia para toxoplasmose no 2º trimestre e apresentou USG com hidrocefalia fetal. Foi prescrito sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico, mas mãe fez uso irregular. Cesárea por iteratividade, RN prematuro tardio, sem malformações aparentes, necessitou de 1 ciclo de VPP com boa evolução. Apresentou cianose, apneia e hipotermia, necessitando de CPAP por 11 dias em UTI neonatal. USTF evidenciou sinais de hidroanencefalia e IgG e IgM para toxoplasmose foram persistentemente elevadas. A tomografia de crânio mostrou sequela de infecção congênita grave e o exame oftalmológico evidenciou sinéquias pupilares, leucocoria e microftalmia. Iniciou-se sulfadiazina, pirimetamina, ácido fólico e corticoterapia. Mãe referiu dificuldade de administrar medicações prescritas em casa para o RN. Lactente reinternado, desidratado, hipoativo, evoluiu com crises convulsivas de difícil controle e necessidade de intubação por 14 dias. Dificuldade de sucção e prejuízo na recuperação nutricional indicaram gastrostomia.

**DISCUSSÃO:** A toxoplasmose tem distribuição universal. O índice de infecção tem prevalência variada e está relacionado a hábitos alimentares, higiênicos, contato com gatos e climas quentes. A toxoplasmose congênita é quase exclusivamente decorrente de uma infecção materna primária na gestação, entretanto, pode ocorrer reinfecção por um novo sorotipo do *T. gondii* ou reativação em mães com imunodeficiências graves. A infecção se dá pela ingestão de cistos contidos em alimentos contaminados malcozidos ou pela ingestão de oocistos em alimento ou água contaminada com fezes de gato. As mulheres infectadas na fase tardia da gestação levam a maiores taxas de transmissão para o feto, mas fetos infectados na fase inicial da gestação geralmente têm doenças mais graves. 30 a 40% das mulheres infectadas durante a gestação darão à luz crianças congenitamente infectadas. Neonatos infectados são, geralmente, assintomáticos ao nascimento, mas as manifestações podem incluir desde prematuridade e restrição do crescimento intrauterino até pneumonite, miocardite, coriorretinite e hidrocefalia e calcificações intracranianas. Portanto, é recomendado o tratamento com pirimetamina, ácido fólico e sulfadiazina o mais precoce possível. O uso de corticoides deve ser avaliado caso a caso, sendo considerado para coriorretinite ou hiperproteinorria.

É fundamental que se investigue sorologias para infecções congênitas no pré-natal a fim de tratar a gestante de forma efetiva, iniciar precocemente o tratamento integral do recém-nascido e reduzir desfechos desfavoráveis.

**Palavras Chaves:** TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

## Neonatologia

### HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA CEREBRAL EM RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA: RELATO DE CASO

LUCIA ARENAS VIERA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), LUCIA HELENA WAGNER (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), SORAIA DA SILVA ROCHA ESTEVEZ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), THAIS GAVA (INSTITUTO FERNADES FIGUEIRA), JOSE LUIZ MUNIZ BANDEIRA DUARTE (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

A hipotermia terapêutica neonatal (HTN) foi recomendada como o tratamento para encefalopatia hipóxico isquêmica (EHI). Contudo, a HTN pode causar flutuações no fluxo sanguíneo cerebral, possivelmente colocando o RN em maior risco de hemorragia cerebral.

RN masculino de 36 semanas de idade gestacional, PN: 2500g, AIG. Filho de mãe de 35 anos, G7P3A4 (2 natimortos), usuária de drogas (maconha e tabaco). Uso de anticoagulante desde o terceiro mês da gestação por suspeita de trombofilia. RN nasceu de parto cesáreo por descolamento de placenta, APGAR 5/5/7, recebeu VPP com tubo orotraqueal e massagem cardíaca. Apresentou EHI moderada e foi submetido a HTN com 4 horas de vida. Com 48 horas de HTN o eletroencefalograma de amplitude integrada mostrou atividade convulsiva e o RN passou a apresentar crises clínicas constituídas por episódios de dessaturação, sendo necessário o retorno a ventilação mecânica invasiva e o uso de anticonvulsivantes (fenobarbital). A ultrassonografia transfontanela realizada no 6º dia de vida não revelou sinais de hemorragia intraparenquimatosa. Uma ressonância magnética cerebral realizada no 13º dia de vida revelou volumosos hematomas intraparenquimatosos, hematomas com evolução sub-aguda em ambos os lobos temporais, medindo cerca de 4,1 x 2,0 cm à direita e 4,8 x 2,6 cm à esquerda.

**Discussão:** A asfixia é um dos fatores de risco descritos para hemorragia cerebral em recém-nascidos. A asfixia leva à diminuição do fluxo sanguíneo para o cérebro (lesões primárias), seguido pela restauração do fluxo sanguíneo no cérebro lesionado. A asfixia está associada à autorregulação cerebral prejudicada. Além disso, a EHI pode causar um aumento da fragilidade do tecido cerebral que poderia potencialmente levar à transformação hemorrágica do tecido se outros fatores de risco como a prematuridade estiverem presentes. O uso de heparina de baixo peso molecular usados pela mãe do RN são seguros por não atravessarem a barreira placentária. O uso de maconha tem efeitos no cérebro fetal a longo prazo, sem aparente correlação com sangramento cerebral. Uma revisão sistemática e meta-análise mostram que fumar durante a gravidez foi associado a um aumento de 90% nas chances de descolamento prematuro. Além disso, o risco de descolamento prematuro aumenta entre grávidas que consomem maconha. A literatura sobre a incidência de hemorragia cerebral no contexto da EHI e da HTN é escassa.

**Conclusão:** Vários fatores estavam presentes no RN para colocá-lo em risco de hemorragia cerebral, como asfixia grave, EHI e prematuridade. A hipotermia também pode ter contribuído, causando flutuações no fluxo sanguíneo cerebral. Estudos adicionais são necessários para examinar a incidência, o momento que ocorre e a fisiopatologia do sangramento em RN tratados com HTN.

**Palavras Chaves:** HIPOTERMIA TERAPEUTICA NEONATAL, HEMORRAGIA CEREBRAL

## Neonatologia

### TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: ESTRATÉGIA AINDA A SER APLICADA UNIVERSALMENTE

ALESSA DE MIRANDA DA SILVA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-

**EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), ISABELA LOPES RANZEIRO (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), BEATRIZ CRIVELLI ALVARENGA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), JANAINA FERNANDES CERQUEIRA BATISTA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), GLAUCIA MACEDO DE LIMA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES)**

A audição é uma capacidade patente a todos os seres humanos, incluindo bebês no período da mais extrema prematuridade, sendo o nervo coclear totalmente mielinizado a partir de 20 semanas de idade gestacional do concepto.

A triagem auditiva neonatal universal-TANU constitui o método de rastreamento de deficiência auditiva gratuito e disponível em todas as maternidades, a partir de diretrizes de 2010, a ser aplicado antes da alta de recém-nascidos-RNs ou até os três meses de vida, preferencialmente, embora seja possível realizar o teste em qualquer idade.

Verificar se a triagem auditiva neonatal vem sendo realizada, a prevalência de deficiência auditiva encontrada, e as medidas de conduta referentes recomendadas.

Estudo seccional descritivo observacional aplicado a mães de crianças com menos de 10 anos de idade. Foram selecionadas 50 participantes, segundo o critério de inclusão, que consistia em ser mãe biológica da criança. Para coleta de dados foram utilizados o meio virtual e presencial e a ferramenta Google Forms® foi utilizada. No convite, foi disponibilizado link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, seguido do questionário, com perguntas objetivas referentes ao tema, de acordo com a base literária, às mães concordantes com a participação na pesquisa. Trabalho submetido ao CEP via Plataforma Brasil CAAE: 64278122.1.0000.5239.

O perfil sociodemográfico das 50 respondentes apontou idade predominante da amostra entre 18 e 30 anos, escolaridade até o ensino médio completo, faixa salarial predominante de 1 a 2 salários-mínimos, o que somado às mães com menos de um salário-mínimo, totaliza 60% da amostra. A maior proporção das crianças realizou o teste ainda na maternidade, e várias mães informaram desconhecimento da finalidade do teste. Não foi realizado em 8%. Dentre os 20% positivos com indicação de segundo teste, 77% normais. Dos 20% de deficientes auditivos, 23% não obtiveram resultado concluído e uma criança está matriculada em escola de deficiente auditivo.

Embora a TANU seja a única estratégia capaz de detectar precocemente alterações auditivas em RNs, lamentavelmente houve falha de conclusão do teste nesta pesquisa, conforme informado.

Como limitação do estudo, consideramos um baixo índice de respostas ao formulário distribuído, não sendo possível concluir se houve realmente baixa adesão aos testes recomendados ou falha de entendimento e/ou sensibilidade das mães quanto a esta problemática.

Reitera-se a necessidade de melhor divulgar a importância da triagem, oportunizando-se a reabilitação da criança com aparelhos auditivos o mais precoce possível permitindo inseri-la na sociedade.

**Palavras Chaves:** TRIAGEM AUDITIVA, AUDIÇÃO, PERDA AUDITIVA, RECÉM-NASCIDO.

## USO DE CANABIDIOL NA PEDIATRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

**KATIA NOGUEIRA (UNESA-IDOMED), ANNA BEATRIZ MACHADO PAIS (UNESA-IDOMED), ANA ELISA PAROLI (UNESA-IDOMED), ANA MARÍA ROSA (UNESA-IDOMED), AMANDA CARVALHO (UNESA-IDOMED), GIOVANNA BRANDÃO (UNESA-IDOMED), HENRIQUE FROES (UNESA-IDOMED), LETÍCIA FREITAS (UNESA-IDOMED), LAURA SCHMIDT (UNESA-IDOMED), RAPHAEL NOGUEIRA (UNESA-IDOMED)**

O canabidiol (CBD) é um componente presente em plantas *Cannabis sativa* e quando extraído, não produz efeitos psicoativos. No Brasil, em 2014, foi liberado o uso do CBD como forma de tratamento terapêutico através da aprovação da Resolução 2113 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Em 2022, através da atualização desta Resolução, houve um aumento dos critérios e restrições ao uso do CBD. Assim, seu uso terapêutico passou a ser indicado exclusivamente para Epilepsia da criança e do adolescente refratárias ao tratamento convencional.

O objetivo geral é analisar os principais dilemas do uso do canabidiol na pediatria no Brasil e no mundo e o objetivo específico é identificar os principais usos terapêuticos do canabidiol na pediatria no Brasil.

Revisão integrativa de fevereiro a março de 2023, nas bases de dados eletrônicas do PUBMED, LILACS, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO e em sites oficiais como ANVISA, Agência Senado, SBP, CFM e sites de Sociedade.

Estudos apontam que crianças com TEA não possuem homeostase nas células do sistema endocanabinóide, a utilização do canabinóide endógeno, funciona como agonista, propiciando a homeostase, ajustando a produção de serotonina e regulando o excesso de atividades neuronais. TDAH, canabidiol melhora a transmissão da dopamina, melhorando os processos cognitivos. Tornando os receptores de adenosina mais ativos, reduzindo a ansiedade. Na epilepsia e o CBD pode reduzir significativamente o número de convulsões em crianças através da atuação nos receptores endocanabinóides do cérebro, que estão envolvidos na modulação da atividade neuronal e na redução da inflamação. Em 2022 foi aprovado a Resolução CFM 2.324/2022, que autoriza a prescrição de canabidiol para seu uso terapêutico em epilepsia refratária na infância e adolescência, síndrome de Dravet e Lennox-Gastaut e no Complexo de Esclerose Tuberosa.

A análise dos artigos revelou que o canabidiol está progressivamente ganhando aceitação como um recurso terapêutico abrangente no tratamento de várias condições médicas. Diferente de outros países, no Brasil, ainda existente e a ausência de uma Lei Federal que regulamente o plantio da erva e a produção de medicamentos, o uso da cannabis para fins medicinais na pediatria ainda tem muito o que avançar, mesmo com os avanços introduzidos pelo Judiciário, ao conceder liminares autorizando a importação de medicamentos, o autocultivo, bem como a produção por associações para distribuição a seus associados, mediante prescrição médica, da ANVISA ter aprovado diversas normas para regulamentar o acesso a mais de 20 medicamentos, da legislação de alguns Estados e Municípios estarem avançando na direção para a regulamentação, por meio da discussão e aprovação de programas ou políticas para incluir medicamentos entre os assegurados pelo

SUS. Faz-se necessário avançar no desenvolvimento de pesquisas no Brasil, na capacitação de médicos e outros profissionais de saúde sobre o uso terapêutico da cannabis e derivados.

**Palavras Chaves:** 'CANABIS', 'CBD', 'CANABIDIOL', 'EPILEPSIA REFRATÁRIA',

## Neurologia

### ENCEFALITE POR CMV DESENCADEANDO CRISE METABÓLICA EM MENINA COM DEFICIÊNCIA DE ORNITINA TRANSCARBAMILASE (OTC)

SICILIA COLLI (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), CARROLYNE BESSA GUEDES CHACAR (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), JULIA ROSSI BAZZANELLA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), ALINE FONSECA LIMA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), BRUNA TORRES HOMEM FONSECA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), TAINA MAIA CARDOSO (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), TIAGO DAZZI RIGONI (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), MARCELA RODRIGUEZ FREITAS (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), FERNANDA VEIGA GOES (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA)

A deficiência de OTC é um desordem do ciclo da uréia mais comum, com herança ligada ao X, sendo a maioria dos indivíduos afetados do sexo masculino na forma neonatal. A deficiência enzimática grave gera manifestação clínica precoce de encefalopatia (sonolência, letargia e/ou coma, epilepsia, hiperventilação e alcalose respiratória) secundária a hiperamonemia. Pacientes com manifestação tardia podem ser de ambos os sexos e apresentam: vômitos recorrentes, encefalopatia ou psicose, hiperamonemia precipitada por gatilhos, epilepsia e intolerância a proteína. O diagnóstico de deficiência de OTC pode ser sugerido pelo aumento do ácido orótico urinário, hiperamonemia, aumento de glutamina e redução de citrulina. O diagnóstico definitivo é estabelecido por investigação molecular e presença de variante patogênica em heterozigose no gene OTC.

MISM, feminina, interna aos 17 meses por vômitos, alteração do sensorio e 'espasmos' durante episódio subfebril. História de atraso do desenvolvimento motor prévio, sem investigação. Hipótese diagnóstica inicial de meningoencefalite/encefalite, entretanto sem alteração líquórica e laboratorias. Evoluiu com hipertensão intracraniana confirmada pela tomografia de crânio (perda da nitidez de sulcos e cissuras com ventrículos laterais aumentados). Tratada inicialmente com manitol e salina hipertônica necessitando de derivação (DVE/DVP) por ausência de melhora clínica. LCR do 18º dia de internação identifica CMV por PCR, sendo tratada com ganciclovir por 28 dias. Como mantinha rebaixamento do nível de consciência, foi ampliada a investigação com os seguintes exames: RM de crânio evidenciando volumosa hidrocefalia supratentorial, sem transudação e afilamento da substância branca, eletroencefalograma com ondas lentas, dosagens de amônia sérica elevadas e cromatografia de aminoácidos com redução da citrulina. Evoluiu com melhora clínica e da hiperamonemia após restrição proteica e benzoato de sódio. Painel genético molecular identificou variante patogênica em heterozigose c.421C>T,p.(Arg141\*) no gene OTC.

As doenças metabólicas podem ser deflagradas durante processo infeccioso, alteração dietética ou sobrecarga metabólica. A forma neonatal da deficiência de OTC apresenta-se grave principalmente em meninos, entretanto formas de início tardio ocorrem em ambos os sexos. O caso descreve uma paciente com encefalite por CMV deflagrando descompensação da doença metabólica.

**Palavras Chaves:** DOENÇA DO CICLO DA URÉIA, DEFICIÊNCIA DE OTC, ENCEFALITE

## Neurologia

### NEURITE ÓPTICA POR HERPES VÍRUS SIMPLES: UM CASO RARO EM ADOLESCENTE IMUNOCOMPETENTE

JULIANA DE OLIVEIRA SOBREIRO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), EDUARDO LEÃO INÁCIO DE MELO, (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), THAISA SAMPAIO FERREIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), JULIANA NOGUEIRA DA CUNHA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), VINICIUS GOMEZ RIBEIRINHO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MILENA OLIVEIRA COSTA PEREIRA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), LETÍCIA RICCIO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE WALSH BRANDO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), PEDRO JOSÉ FARIAS BACH (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), MONICA ROSENBLATT (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC), KATIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)/HMMC)

A neurite óptica é um distúrbio oftalmológico caracterizado pela inflamação do nervo óptico, que reduz acuidade visual, dor ao movimentar os olhos e dificuldade em perceber e distinguir cores. É mais comum em adultos de 20 a 40 anos portadores de esclerose múltipla, ou por imunodeficientes, como portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV). O objetivo deste relato é mostrar um caso de Neurite óptica por herpesvírus simples em adolescente imunocompetente.

Paciente feminina de 15 anos, é admitida na emergência apresentando quadro súbito de cefaléia intensa e escotomas visuais há 1 semana, que evoluiu rapidamente para amaurose total em olho esquerdo, associada a dor à mobilização ocular. Fundo de olho apresentando papiledema unilateral. Foi internada com suspeita de neurite óptica, sendo iniciada investigação de doença desmielinizante (ADEM ou esclerose múltipla), encefalite viral e/ou bacteriana e imunodeficiência colhidos sorologias TORCHS, Epstein Barr, HIV, LCR, autoanticorpos lúpicos. TC crânio afastou processo expansivo e ressonância magnética de crânio sem evidência de doença desmielinizante. LCR sem alterações.

O teste rápido de HIV teve resultado indeterminado. Foi decidido aguardar a sorologia para HIV para iniciar pulsoterapia apesar da gravidade do quadro oftalmológico, diante do risco envolvido. No D4 internação com resultado negativo da sorologia para HIV foi iniciado pulsoterapia com metilprednisolona 40mg/dia intravenoso por 3 dias.

No terceiro dia de tratamento, os resultados dos exames laboratoriais pendentes foram disponibilizados e, foi evidenciado a sorologia para o herpesvírus simples tipo 1 e 2 com IgM maior 3,5 e IgG maior 30 mU/ml confirmando neurite óptica por herpesvírus.

Foi iniciado tratamento com aciclovir 10mg/kg de 8 em 8 h intravenoso por 21 dias.

Evoluiu com curva de melhora da acuidade visual, e do papiledema, obtendo resolução total do quadro acuidade visual com correção de 20/20, recebendo alta referida para seguimento ambulatorial com oftalmologia e pediatria.

A neurite óptica ocorre quando o nervo óptico é acometido por uma inflamação, desmielinização ou infecção, causando uma perda aguda de visão, de início rápido, geralmente monocular. Queixa clínica de escotomas, com presença de dor periocular ou retro-ocular, que piora à movimentação ocular. Pode ser subdividida de acordo com a localização do acometimento do nervo em neurite retrobulbar, neurorretinite, e papilite, em que a última ocorre com presença de papiledema.

O diagnóstico é realizado por anamnese e pelo exame físico, exames de imagem para avaliar alterações no nervo óptico e alterações desmielinizantes, sorologias e líquor(LCR).

A neurite óptica na faixa etária pediátrica e paciente imunocompetente é rara. O diagnóstico e tratamento precoce, assim como a definição da etiologia, são fatores determinantes para um melhor prognóstico da doença.

**Palavras Chaves:** NEURITE ÓPTICA, HERPESVÍRUS, PEDIATRIA, IMUNOCOMPETENTE

**Agradecimentos:** SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA DO HMMC

## Neurologia

### NEURITE ÓPTICA POSTERIOR EM MENINGOENCEFALITE TUBERCULOSA: RELATO DE CASO

**DANIEL CALADO COURI (UFRJ), CARLA CRISTIANE DALL OLIO (IPPMG/UFRJ, BARRA D'OR / RDSL)**

A Meningoencefalite Tuberculosa (MTB) é o acometimento mais comum do sistema nervoso central pelo Bacilo de Koch (BK) e uma das formas mais graves de tuberculose, com alto potencial de morbimortalidade, destacando-se a alta letalidade e incidência de sequelas neurológicas permanentes em crianças.

Pré-escolar de 3 anos foi atendido na emergência com febre há 5 dias, vômitos, recusa alimentar, cefaleia e sonolência diurna. Sem alterações significativas nos exames laboratoriais, foi internado para controle de sintomas e ao longo das horas evoluiu com intensa prostração e rigidez de nuca.

O líquor da punção lombar mostrou 226 células (54,2% de polimorfonucleares), proteína de 100 mg/dL e glicose de 44 mg/dL, tratado com ceftriaxona e vancomicina, dexametasona. O Teste rápido molecular mostrou traços de BK e foi iniciado rifampicina, isoniazida e pirazinamida (RIP).

Com 5 dias de internação e estável, evoluiu com olhar vago constante, sem contato visual ou resposta verbal aos estímulos, anisocoria, midríase a direita. A tomografia computadorizada de crânio não mostrou alterações agudas. Ao longo da hospitalização, foi relatada história de contato com familiar com diagnóstico de tuberculose pulmonar.

Avaliação oftalmológica no nono dia de evolução, constatou neurite óptica posterior bilateral. Seu eletroencefalograma não tem atividade epileptiforme.

Obteve condições para alta com esquema RIP e prednisolona, com retorno programado para acompanhamento neurológico e desmame de corticoterapia após 21 dias de internação.

A MTB é a forma primária da tuberculose na infância, com curso caracterizado por uma primeira fase de sintomas inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico antes da progressão para a segunda fase clínica, onde evidenciam-se alterações clássicas de irritação meníngea e de pares cranianos, como vistas no caso. A coleta eficaz de dados epidemiológicos na história clínica e anamnese dirigida é essencial para o estabelecimento diagnóstico.

A MTB é a mais comum apresentação de meningoencefalite subaguda no nosso meio. A anamnese é ferramenta fundamental pois é frequente a história de contato com bacilíferos omitidas num primeiro relato, além de os exames de detecção do patógeno não possuírem ainda alta sensibilidade.

É imperativo o seu questionamento, especialmente em territórios de alta incidência do BK e dada a alta taxa de evolução catastrófica e desfechos negativos. A boa anamnese não pode ceder espaço a inteligência artificial em tempos de medicina baseada em pixels, o estado da arte da medicina deve prevalecer.

**Palavras Chaves:** MENINGOENCEFALITE, TUBERCULOSE MENÍNGEA, NEURITE ÓPTICA

## Neurologia

### MIASTENIA GRAVIS EM ESCOLAR: RELATO DE CASO

**MARIA PAULA ABRAHAO AQUINO (IDOMED), MANOELA MOREIRA DE OLIVEIRA (IDOMED), JOÃO GABRIEL TAVARES BRUNO (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), PEDRO JOSÉ FARIAS BACH (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM)), BRENDA KLEMM ARCI MATTOS DE FREITAS ALVES (UERJ), STELLA DE APARECIDA EDERLI PINTO DOS SANTOS (UERJ), LANA CORREA PASCHOAL (UERJ), DANIEL CURI (UERJ), KÁTIA FARIAS E SILVA (FACULDADE SOUZA MARQUES(FSM))**

A Miastenia gravis(MG) é uma desordem neurológica autoimune onde auto anticorpos lesam os receptores de acetilcolina na membrana muscular pós-sináptica da junção neuromuscular. A origem precisa da resposta imune é desconhecida. Há correlação de até 20-50% dos casos com timoma. É caracterizada por afetar a musculatura ocular, bulbar e proximal dos membros, dificilmente acometendo a porção distal, ou quando acomete, em geral ocorre similaridade clínica dos membros.

Masculino, 8 anos, iniciou subitamente fraqueza em membros inferiores e diminuição da acuidade visual e diplopia com evolução progressiva, levando a queda durante atividades diárias. Os sintomas tinham caráter progressivo durante o dia, com piora significativa à noite. Evoluiu com cefaleia de forte intensidade em região occipital, ptose bilateral (mais importante a direita), diplopia, estrabismo convergente e nistagmo horizontal. Procurou emergência após 5 dias e foi internado para investigação do quadro. HPP de Dengue há 2 meses e gastroenterocolite há 10 dias. Ao exame físico bom estado geral com ptose importante em ambos os olhos e queixa de diplopia, força de membros inferiores grau 4, sem demais alterações no exame geral e segmentar. TC de crânio e AngioTC realizadas na admissão sem alterações. Líquor cefalorraquidiano sem alterações, exceto pela aferição de raquimanometria de 18

mmHg pressão de entrada. Avaliação da oftalmologia revelou alteração em musculatura palpebral e extrínseca ocular com estrabismo intermitente e disco óptico hiperemiado. RM de crânio: sem alterações. Solicitadas sorologias para Epstein-Barr, HerpesVírus, Citomegalovírus e Rubéola para investigação de Encefalite Viral, autoanticorpos, todos IgM negativos e anticorpos anti-receptor de acetilcolina(AntiAChR) e eletroneuromiografia para investigação de Miastenia Gravis. TC de torax foi solicitada para avaliação de alterações relacionadas ao timo, porém também sem alterações. Parecer da neuropediatria: teste da fadigabilidade muscular com exacerbação da ptose após a prova e com recuperação com teste do gelo com aumento da fenda palpebral em mais de 3mm. Foi dada alta em uso de mestinon e seguimento ambulatorial.

A MG caracteriza-se por fraqueza muscular inconstante e diária, mais leve durante o dia e mais intensa à noite. Em 50% dos portadores de MG, os olhos estão inicialmente envolvidos, com presença de ptose palpebral e diplopia. Em 15% os sinais e sintomas são restritos aos olhos. Outras características clínicas são disfagia e fadiga. O teste do gelo mostrou-se específico para detecção de ptose palpebral de causa miastênica(em temperatura abaixo de 28°C há uma diminuição na atividade da acetilcolinesterase com consequente aumento na concentração de acetilcolina na fenda sináptica),permitindo o diagnóstico precoce com baixo custo e sem efeitos colaterais.

Embora raro nesta faixa etária é importante estar alerta para o diagnóstico de MG no paciente com ptose palpebral,e sintomas neuromusculares e fadiga

**Palavras Chaves:** MIASTENIA GRAVIS, PTOSE PALPEBRAL,PEDIATRIA

## Neurologia

### NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS NOS TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO

**VANIELLI LAVINEA FERNANDES DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), BEATRIZ MESQUITA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), CLÁUDIO FILIPE TAVARES MARQUES (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), FÁBIO JÚNIOR HENRIQUES LIRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), HELLEN DOS SANTOS ARAÚJO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), MARCELLA GULLO BARBOSA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), MARIANE SAAR ARÊDES (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), SARAH ANDRADE LARIU (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), VANESSA GIL HUMBERTO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO)**

Os transtornos do neurodesenvolvimento, como Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), apresentam desafios acerca do tratamento. Ainda não há fármacos preconizados para os sintomas centrais do TEA, que envolvem dificuldades na comunicação social e comportamentos repetitivos e restritivos. Ademais, a eficácia e tolerabilidade dos medicamentos para tratar comportamentos disruptivos são limitadas. Entretanto, existem substâncias para o tratamento do TDAH, visando atenuar a desatenção, hiperatividade

e impulsividade clássicos da doença, mas há controvérsias em relação a qualidade e impacto financeiro. Diante disso, pesquisas sobre estratégias terapêuticas têm emergido, dentre as quais são discutidas o uso de cannabis, novos fármacos e abordagens não medicamentosas.

Discutir novas abordagens terapêuticas para os transtornos do neurodesenvolvimento e de seus resultados a partir de uma revisão literária, baseada em estudos recentes sobre o tema.

Foram utilizadas bases de dados incluindo PubMed e Scielo, com pesquisa das palavras-chave “transtornos do neurodesenvolvimento”, “terapia inovadora” e “tratamento”. Os critérios de inclusão consideraram publicações dos últimos 5 anos e o foco nas novas abordagens terapêuticas, excluindo os que não atendessem aos critérios. Após seleção, foram utilizados 20 artigos, além de consultas em bases de dados governamentais. Por fim, foram apontadas semelhanças e controvérsias na literatura acerca do tema.

A análise dos estudos permitiu inferir que a Terapia Assistida por Animais (TAA) apresenta potencial de aprimorar comunicação verbal, não verbal e corporal. A estratégia de Comportamento Cognitivo de Terceira Geração apresentou redução na sintomatologia do TDAH e nos scores de ansiedade e depressão, melhora da auto estima, regulação emocional, integração social e resultados escolares. O uso de spray nasal de ocitocina evidenciou melhorias na interação social e redução de sintomas ansiosos e estereotípias em pacientes com TEA. A Integração Sensorial de Ayres sugeriu benefícios motores, sensoriais, verbais e não verbais, sobretudo em movimentos repetitivos e estereotipados em crianças com TEA. O uso de compostos canabinoides full-spectrum aponta melhora em comportamento, comunicação, sintomas ansiosos, autoagressividade, sono e hiperatividade em pacientes com TEA e TDAH. Por fim, vêm sendo estudados novos fármacos e sua aplicabilidade para os transtornos de neurodesenvolvimento, sendo os principais centanafadine, mazindol, serdexmetilfenidato, tipegidina e a viloxazina.

A revisão sugere que os tratamentos não medicamentosos podem ser úteis se associados com os métodos convencionais, com redução dos efeitos adversos. Os estudos com novos fármacos, principalmente CDB, se mostram, isoladamente, promissores para tratamento do TDAH e TEA, apesar da necessidade de pesquisas sobre a tolerância, segurança e adaptação do composto, mormente em crianças e adolescentes.

**Palavras Chaves:** DISTÚRBIOS DO NEURODESENVOLVIMENTO, INOVAÇÕES, TRATAMENTO.

## Neurologia

### DESAFIOS DO ACESSO AO TRATAMENTO DA EPILEPSIA PEDIÁTRICA NO BRASIL

**VANIELLI LAVINEA FERNANDES DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), CAMILA MEDINA AZEVEDO DA SILVA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), JOÃO PEDRO DA ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), MARIANNY DA SILVA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), PÂMELA SANT'ANA DE ARAUJO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), PRISCILA DE FREITAS SALLES DE AZEREDO**

(UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), THAÍS DE ASSIS LOPES (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), THAYNÁ SILVA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO), DANIEL CAMPINHO SCHACHTER (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - UNIGRANRIO)

A epilepsia é um distúrbio crônico caracterizado por crises epiléticas frequentes, que gera impactos na qualidade de vida dos pacientes, principalmente pediátricos, considerando os efeitos colaterais dos medicamentos, o isolamento social atrelado ao estigma da doença, os desafios no desempenho escolar, os riscos de lesão durante as crises e implicações emocionais. Não obstante, existem desafios no acesso ao tratamento da epilepsia pediátrica no Brasil, como dificuldades no diagnóstico e acompanhamento, alto custo dos fármacos e escassez de pesquisas relacionadas a inovações terapêuticas.

Esse artigo visa revisar a literatura, analisar e discutir os desafios no acesso aos recursos terapêuticos como consultas, medicamentos e apoio multidisciplinar para os pacientes pediátricos com epilepsia no Brasil, mediante a análise de dados e pesquisas recentes, considerando a diversidade dos quadros clínicos e suas singularidades.

Foram utilizadas bases de dados incluindo PubMed e Scielo, com pesquisa das palavras-chave “tratamento”, ‘epilepsia’ e ‘Sistema Único de Saúde’, além de consultas em bases de dados governamentais. Os critérios de inclusão consideraram publicações dos últimos 5 anos, com foco nos desafios terapêuticos, excluindo os que não atendessem aos critérios ou não abordassem a população pediátrica.

A epilepsia é uma condição neurológica comum em crianças, com prevalência estimada em 10% da população no Brasil. No entanto, o acesso aos recursos terapêuticos, incluindo consultas, medicamentos e apoio multidisciplinar, continua sendo um desafio para muitas famílias de pacientes pediátricos com epilepsia no Brasil. Estudos indicam que a falta de conhecimento em relação à epilepsia e sua gestão pode levar a um atraso no diagnóstico e tratamento adequado. Além disso, a baixa disponibilidade de medicamentos antiepilépticos é uma problemática e realidade de muitos brasileiros. Isso pode levar a um manejo inadequado da doença e a um maior risco de convulsões e complicações. O acesso à informação e ao tratamento adequado ao paciente é um direito constituído por lei, por isso deve se disseminar informação sobre a epilepsia, já que é um assunto pouco discutido nas unidades de saúde, poucos sabem dos serviços especializados e os recursos de tratamento e cura hoje existente para epilepsia.

A revisão destacou os obstáculos enfrentados por essa população, evidenciando a dificuldade de conseguir consultas com especialistas, a quantidade insuficiente de profissionais da saúde treinados em cuidados primários e subespecializados e a limitada oferta de tratamentos eficazes pelo SUS, especialmente para condições raras, demonstrando evidente a necessidade de implementação de políticas públicas que visem o acesso equitativo e efetivo aos recursos terapêuticos, promovendo resultados clínicos e qualidade de vida às crianças afetadas pela epilepsia.

**Palavras Chaves:** EPILEPSIA PEDIÁTRICA, TRATAMENTO EPILEPSIA, DESAFIOS.

## MIASTENIA GRAVIS NA INFÂNCIA: OS ENTRAVES DA DOENÇA ASSOCIADA À MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL

GABRIELA ARAKAKI FARIA (UFRJ), LUIZ HENRIQUE MATTOS DA SILVA SANTOS (UFRJ), SAMARA ALMEIDA DO AMARAL (UFRJ), KAMYLA PEREIRA DOS REIS (UFRJ), ANA LUIZA PEREIRA BRASIL NEVES (UFRJ), CATHARINA MATOS DE OLIVEIRA (UFRJ), DÉBORA CASANOVA DA MOTTA (UFRJ), LARISSA ALMEIDA DA SILVA (UFRJ), FLÁVIA NARDES DOS SANTOS (UFRJ), GIUSEPPE PASTURA (UFRJ)

A miastenia gravis (MG) é uma doença neuromuscular autoimune, na qual anticorpos são direcionados às proteínas da membrana pós-sináptica da junção neuromuscular, levando a distúrbios na transmissão do impulso nervoso. É o distúrbio mais comum da transmissão neuromuscular. A MG é clinicamente caracterizada por fraqueza motora flutuante, principalmente dos músculos oculares, bulbares, respiratórios e dos membros. O diagnóstico é baseado na história clínica e associado a exames complementares. A MG é incurável, mas pode ser tratada.

Paciente, sexo feminino, 11 anos, é admitida na UTI em janeiro/21 com dificuldade para realização de movimentos voluntários, além da perda de mobilização de cintura escapular e pélvica, sendo diagnosticada com MG. Foi iniciado acompanhamento da paciente, que apresentou complicações da doença, sendo necessárias diversas internações além de desenvolvimento de quadro depressivo.

Paciente foi internada em abril/21 devido a crises conversivas diárias, incontinência urinária, fraqueza de membros e voz rouca, sendo administrada imunoglobulina humana intravenosa por 3 dias, com boa resposta dos sintomas miastênicos. Em dezembro/2021, reinterna para investigação do quadro de tetraparesia, disartria e disfagias, sendo encaminhada ao CTI para tratamento de pneumonia por provável broncoaspiração e desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda, sendo realizada Intubação Orotraqueal. No ano de 2022, surge com queixas de episódios de regurgitação com sangue, dificuldade para falar, engasgos e quedas frequentes da própria altura. Devido às múltiplas internações, está há 2 anos sem frequentar a escola, apresentando grande defasagem do aprendizado. Junto às complicações desse distúrbio, paciente apresenta um notável quadro depressivo, no qual apresentou ideação suicida, episódios de automutilação e desenvolvimento de ansiedade. O cenário progride com crises conversivas, choros constantes, agitação e oscilações de humor. Atualmente, a paciente segue em acompanhamento pela MG e pelo seu estado psíquico.

AMG é um distúrbio relativamente incomum, sendo a MG juvenil diagnosticada antes dos 18 anos de idade rara - representa 10% dos casos. Quanto ao diagnóstico, em crianças ocorre mais tardiamente que em adultos, mas os prognósticos costumam ser bastante positivos, havendo taxas mais altas de remissão em adolescentes. A doença apresenta grande diversidade de manifestações, de modo que a abordagem dos pacientes com MG juvenil precisa ser multiprofissional. O relato enfatiza os desafios clínicos apresentados por uma paciente pediátrica com MG. O caráter multifacetado da MG, agravado pela presença de comorbidades psiquiátricas, reforça a importância de uma abordagem terapêutica integrada, a fim de ajustar as intervenções conforme a evolução da patologia

e suas ramificações, para além de apenas o aspecto físico. Assim, é necessário um apoio contínuo para mitigação das repercussões educacionais e sociais, evitando demais complicações.

**Palavras Chaves:** MIASTENIA GRAVIS, DOENÇA AUTOIMUNE, SAÚDE MENTAL, DEPRESSÃO

## Neurologia

### CRISE EPILÉPTICA INFANTIL AFEBRIL

**UENDES VÂNIA OLIVEIRA CARDOSO (UNIFG), EMILI MARIANE MACHADO GONÇALVES (UNIFG), JOSÉ LUCAS MOURA VASCONCELOS (UNIFG), MÁRCIO RYAN ARAÚJO (UNIFG), BRUNA DE AQUINO MORAIS (UNIFG)**

As crises epiléticas são muito prevalentes durante a infância. Esse fenômeno se caracteriza por hiperexcitabilidade elétrica neuronal. Sua etiologia pode estar relacionada a causas estruturais, genéticas, infecciosas, metabólicas, imunes e ainda ser desconhecida. A investigação diagnóstica e conduta terapêutica deve ser direcionada conforme a clínica do paciente.

Lactente, feminino, 03 meses, previamente hígida, deu entrada na UPA apresentando crise epilética de início súbito. Foi avaliada pelo médico, que constatou crise convulsiva focal afebril, e craniossinostose, condição que já estava sendo acompanhada pela pediatra. Em seguida, foi realizada a conduta terapêutica com diazepam 0,2 ml/kg por via retal, e solicitação de exames laboratoriais para verificar causas infecciosas. Paciente permaneceu internada até melhora clínica e no momento da alta, foi encaminhada para um neuropediatra. Durante a consulta com o neuropediatra foi relatado que a criança nasceu de parto cesáreo com 37 semanas e 6 dias e com apgar de 8/9. Sua mãe refere ter tido doença hipertensiva específica da gravidez durante a gestação e ter feito uso de metildopa devido à condição, relata também a presença de consanguinidade com o genitor da criança. Após a avaliação da criança, o neuropediatra prescreveu keppra duas vezes ao dia, e solicitou RM, EEG, sequenciamento do genoma e exames laboratoriais. Mesmo fazendo uso da medicação, a paciente teve outro episódio. Dos exames solicitados houve alteração na RM que evidenciou: discreta proeminência dos ventrículos laterais e do terceiro ventrículo, aflamento de extensão do corpo caloso, e sinais de má rotação do hipocampo esquerdo. No sequenciamento do genoma observou uma variante de significado incerto em homozigose no gene WWOX que pode estar relacionado ao quadro clínico, enquanto o EEG estava normal, sem evidências de atividade epileptiforme. Apesar de toda a investigação, a paciente segue, agora, em avaliação médica com geneticista.

Considerando o relato de caso descrito, a paciente apresenta o diagnóstico de epilepsia, por ter 2 crises não provocadas em um intervalo maior de 24 horas entre elas. Os exames solicitados sugerem causas estruturais e genéticas, no entanto, nenhum diagnóstico definitivo foi realizado, sendo necessária uma maior investigação.

As crises convulsivas quando ocorrem em lactentes estão comumente associadas a quadro febril, ou a síndromes epiléticas diagnosticadas pelo EEG. Diante do exposto, o caso acima trata de uma criança com diagnóstico de epilepsia, sem a iminência de febre e resultado normal do EEG, o que evidencia a singularidade deste caso. Apesar da presença de variante em gene e de alterações

estruturais encontradas na RM, essas não foram suficientes para se chegar a uma conclusão sobre a origem das crises. Sendo assim, os autores evidenciam a necessidade de aperfeiçoamento nos estudos da etiologia dessa patologia.

**Palavras Chaves:** CRISES EPILÉPTICA AFEBRIL, CRANIOSSINOSTOSE, GENE WWOX

**Agradecimentos:** DRA, BRUNA LÉDO ANDRADE, MÉDICA, PEDIATRA E ORIENTADORA

## Neurologia

### DOENÇA DE CHARCOT-MARIE-TOOTH (CMT) ASSOCIADA AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

**SICILIA COLLI (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), ALINE FONSECA LIMA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), JULIA ROSSI BAZZANELLA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), CAROLLYNE BESSA GUEDES CHACAR (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), BRUNA TORRES HOMEM FONSECA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), TAINA MAIA CARDOSO (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), TIAGO DAZZI RIGONI (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), LUDIMILA MARINS DE ALMEIDA MOURA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), FERNANDA VEIGA GOES (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), MARCELA RODRIGUEZ FREITAS (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA)**

A doença de CMT é a polineuropatia sensitivo-motora hereditária mais prevalente na infância. Apresenta-se insidiosa, com início das manifestações entre a primeira e segunda décadas de vida. A clínica envolve fraqueza muscular distal indolente, de predomínio peroneal, hiporreflexia e hipoestesia vibratória. Achados fenotípicos de pés cavus, "dedos em martelo" e hipotrofia distal de membros inferiores são frequentes.

Pré-escolar, masculino, segundo filho de casal não consanguíneo, história gestacional de 3 abortamentos espontâneos e descolamento de placenta na gestação atual, sem outras intercorrências e triagem neonatal normal. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado até os 6 meses, quando apresentou regressão dos marcos associada a irritabilidade. Aos 9 meses foi observado hipotonia global, sendo indicada reabilitação e realizada investigação complementar. Cariótipo, funções hepática e tireoidiana, enzimas musculares e ressonância magnética de crânio normais. Pannel para pesquisa de distrofias e estudo MLPA para amiotrofia espinhal sem variantes patogênicas. Avaliação auditiva com potencial evocado auditivo, pesquisa molecular do gene X-frágil, pesquisa para erros inatos do metabolismo normais. A análise cromossômica por CGH-array apontou deleção no cromossomo 4, banda q13.2, região 67143209-69728924 e sequenciamento completo de nova geração encontrou variante de significado incerto em heterozigose no gene MPZ. Evoluiu com autoagressividade, sendo iniciado antipsicótico e reenaminhado a acompanhamento neuropediátrico. Na avaliação inicial em nosso serviço, havia queixas de alteração na marcha, dificuldade de socialização, interesses restritos e alterações sensoriais. O exame neurológico revelou paciente alerta, inquieto, irritado, sem contato visual ou resposta ao chamado verbal, marcha anserina, com dificuldade de dorsiflexão dos pés e levantar miopático. Força preservada em membros superiores, com fraqueza proximal



em membros inferiores. Hiporreflexia global, exceto arreflexia em patelares. Eletroneuromiografia sugestiva de polineuropatia sensitivo-motora de predomínio mielínico e sinais de perda axonal distal em membros inferiores. Diante do quadro e possibilidades fenotípicas relacionadas à alteração genética, foi aventada hipótese de doença de CMT associada a TEA.

A doença de CMT apresenta heterogeneidade genética e fenotípica. O gene MPZ é responsável pela codificação da principal proteína estrutural do sistema nervoso periférico (SNP) e suas mutações se relacionam a diferentes fenótipos com acometimento exclusivo do SNP. Apesar das causas do TEA ainda não serem completamente esclarecidas, sabe-se que sua etiologia localiza-se no sistema nervoso central. Após revisão robusta da literatura, não foi evidenciada interface entre as duas patologias, o que pode ser explicado tanto pela possível heterogeneidade fenotípica das alterações genéticas no gene MPZ quanto à complexidade etiológica ou mesmo a alta prevalência do TEA na população geral.

**Palavras Chaves:** CHARCOT-MARIE-TOOTH, TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

## Neurologia

### DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA, UMA REVISÃO DE LITERATURA

**AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), JULIA PINCELLI TAVARES VIVACQUA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), KELWIN FARIAS MARTINS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), CAROLINA MOTA GUERRA LEAL (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), MARIANNY DA SILVA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), CLÁUDIO FILLIPE TAVARES MARQUES (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), CAMILA MEDINA AZEVEDO DA SILVA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), JHENIFFER ALVES FRANCO PIMENTEL (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), JOÃO PEDRO DA ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), VANESSA GIL HUMBERTO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO))**

Conforme a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Pediátrica, o AVC é subdiagnosticado na pediatria, haja vista a desvalorização da sintomatologia por familiares e profissionais. Sucede, então, as subnotificações, diagnósticos tardios e prognóstico mais reservado.

Esmiúçar as etiologias mais prevalentes na população pediátrica com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC), investigar fatores de risco e clínica, comparando com a população adulta.

Foi elaborada por pesquisa de descritores (Stroke, pediatric, avc e pediatria) nas bases de dados PubMed, Scielo e BVS, sendo obtidos 552 artigos. Restringimos a pesquisa para publicações em inglês/português entre 2009-2023 e revisão sistemática, selecionando por fim 12 artigos.

Em relação à clínica, as apresentações se destacam por serem inespecíficas e variadas e, por isso, é recomendado que o avc seja uma das hipóteses diagnósticas em crianças que apresentem déficit focal agudo/súbito, alteração do nível de consciência que

não seja explicado por outra causa, cefaleia, sinais de irritação meníngea, crises convulsivas em neonatos ou no pós-operatório de crianças submetidas a cirurgias cardíacas (OLIVEIRA/2019). A hemiparesia é encontrada em menos de ¼ dos pacientes com AVC na pediatria, normalmente ocorrendo em fase posterior e achados como afundamento ou pulsatilidade de fontanela e vasodilação em crânio ou pescoço são sugestivos de trombose venosa. Em adolescentes, a identificação de AVC é menos laboriosa, à medida que o avanço da idade torna a clínica mais similar a de adultos, cursando com déficit neurológico focal, hemiparesia de predomínio unilateral, alteração do nível e consciência, afasia, distúrbios visuais, vertigem, êmese, e cefaleia súbita de alta intensidade.

Quanto aos fatores de risco de AVC em adultos, temos: em vigência de doença aterosclerótica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, arritmia, valvulopatia, insuficiência cardíaca, vasculite, tabagismo, sedentarismo, obesidade, uso de drogas, história familiar e outros (GOMES/2017). No caso da população pediátrica, envolve principalmente doença de base e até o trauma, mas vale salientar que até 30% dos casos de AVC pediátrico podem ocorrer sem que haja fator de risco identificável (MEKITARIAN/2009).

Os artigos selecionados abordam diferentes aspectos relacionados ao diagnóstico e etiologia do AVC em pacientes pediátricos, fornecendo informações sobre as etiologias mais prevalentes, como cardiopatias, distúrbios hematológicos/de coagulação/metabólicos e trauma. Foi consenso nos estudos levantados que o AVC pediátrico é subdiagnosticado, principalmente o perinatal e em crianças antes do 1º ano de vida, o que resulta em diagnósticos tardios, propicia recidiva e comprometimento neurológico. Assim, é essencial a compreensão das principais etiologias do AVC pediátrico destacando a importância do diagnóstico precoce, tratamento adequado e controle dos fatores de risco para melhor qualidade de vida desses pacientes.

**Palavras Chaves:** AVC, PEDIATRIA, ETIOLOGIA

## Neurologia

### IMPACTO DA EPILEPSIA NO DESEMPENHO ESCOLAR, UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**AMANDA MELO LEITE LEÃO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), THAYNÁ SILVA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), JHENIFFER ALVES FRANCO PIMENTEL (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), MARIANA COSTA MAIA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), IANI MARIA PELLERANO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), SHEILA NEVES LEMOS (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), MARCOS PAULO AGRA BASSO (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), VIVIANE ALMEIDA DA SILVEIRA (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), LETÍCIA DE PAIVA GOMES (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO)), DANIEL CAMPINHO SCHACHTER (UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO (UNIGRANRIO))**

A epilepsia pode repercutir negativamente no desenvolvimento cognitivo, social e psicológico das pessoas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), indivíduos com epilepsia

enfrentam dificuldades no cenário educacional, no trabalho e nas interações sociais.

Essa revisão bibliográfica de caráter descritivo irá esmiuçar as repercussões da epilepsia no âmbito escolar, como evasão e mau desempenho, que trazem prejuízos ao desenvolvimento cognitivo de crianças e adolescentes com essa doença crônica.

Os termos empregados nesta pesquisa foram identificados por meio do Descritores em Ciências da Saúde (DECs), utilizando "epilepsy AND academic performance" e a base de dados PubMed, resultando em 256 trabalhos entre 1971-2023. Restringimos a data de publicação para os últimos 5 anos e empregamos como critérios de inclusão: pacientes com epilepsia, pediatria, interferência da epilepsia no desempenho, rendimento e rotina escolar.

Após análise criteriosa e aplicação dos critérios, obtivemos 13 estudos.

Um estudo de coorte retrospectivo da Austrália com 2.383 participantes analisou o impacto da epilepsia na vida acadêmica em jovens com até 18 anos durante internação, verificando que estes possuíam um risco superior a 3 vezes de não atingir a média nacional para leitura e matemática, além de altas taxas de evasão, como risco de até 78% de não completar o 10º ano e 27% não ter concluído o ensino médio (LYSTAD/2022). Dentre as hipóteses formuladas para o pior desempenho acadêmico e a epilepsia incluem: maior número de consultas e déficit cognitivo (atenção, linguagem, concentração, memória, função executiva). Assim como nos estudos anteriores, o controle das crises, combate ao estigma e necessidade de tratar condições comórbidas foram associados como fatores relevantes para a reversão desse cenário. É evidente que independente da classificação, vários estudos alertam para pior desempenho acadêmico, disfunção cognitiva, transtornos do aprendizado e dificuldade no processo de aprendizado na síndrome epiléptica como um todo (CHIDI/2023) (HASSEN/2020) (WALDD/2019) (FITTS/2019) (LYSTAD/2022) (Çoksan 2019) (GERMANO/2020).

Conclui-se que a epilepsia é uma desordem psíquica crônica, que afeta crianças e adolescentes, propiciando impactos cognitivo, social e acadêmico. Fatores levantados incluem: crise não controlada idade de início e frequência da crise, receio de crise na escola, superproteção dos pais, mais consultas, disfunções cognitivas comórbidas, professores relevando faltas, baixa autoestima e estigmatização. É essencial que a comunidade pedagógica seja impulsionada pelas evidências apresentadas a proporcionar uma estratégia de ensino para além da escola, já que o aluno com epilepsia apresenta maior absenteísmo, em vez de apenas flexibilizar presença. Ademais, urge tratamento não só da epilepsia, mas de distúrbios cognitivos comórbidos, sendo crucial rastreio dessas condições no paciente com epilepsia e mau desempenho.

**Palavras Chaves:** EPILEPSIA, ESCOLA, COGNIÇÃO

## Neurologia

### DIETA CETOGÊNICA COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE DA EPILEPSIA REFROTÁRIA NA PERIATRIA

**BEATRIZ TRAJANO (UNIFESO), ROGERIO BARRETO ( )**

A epilepsia é uma desregulação neurológica comum definida por convulsões recorrentes. O manejo das crises epilépticas pode ser de cunho farmacológico ou cirúrgico. A epilepsia de etiologia

alérgica apresenta uma característica refratária a utilização de medicamentos. Em pacientes que possuem esse tipo de epilepsia, a associação da dieta cetogênica demonstra-se com efeitos significativos no controle das crises.

Relatar a dieta cetogênica como estratégia de controle da epilepsia refratária em pacientes pediátricos.

Trata-se de uma revisão sistemática realizada nos bancos de dados eletrônicos PubMed, Lilacs e Medline. Os estudos relevantes foram selecionados usando as palavras-chave 'epilepsy', 'allergic' e 'ketogenic' em 2023, artigos publicados nos últimos 10 anos. Estudos que relatam pacientes com epilepsia alimentar foram incluídos. Segundo os critérios, foram selecionados 13 artigos.

Considerando a literatura pesquisada, 51% das epilepsias apresentam relação com alergias e 16% estão associadas com refratariedade à medicação. A ativação dos mastócitos possibilita uma afinidade por mediadores pró-inflamatórios, ocasionando a cascata de eventos inflamatórios encefálicos. Devido o cérebro ser um alvo alérgico, a sensibilização a alérgenos contribui para quadros de epilepsia refratária. A dieta cetogênica é uma estratégia complementar temporária para o tratamento da epilepsia refratária, e consiste no alto consumo de lipídios e baixo consumo de carboidrato e proteínas. Apesar do seu mecanismo de ação ser pouco conhecido, indica-se que os corpos cetônicos agem como neuromoduladores inibitórios das vias inflamatórias. Estudos apontam a maior eficácia do tratamento em crianças e adolescentes, contudo, há dificuldades na adesão devido aos efeitos colaterais: desidratação, náuseas, vômitos, constipação e sonolência.

Na epilepsia cunho alérgico alimentar, a DC é um importante método estratégico, que possui altas taxas de eficácia e redução das crises. Devido aos poucos consensos, há uma dificuldade para elucidação dos efeitos colaterais e possíveis contraindicações. O tempo destinado à DC deve ser em média 2 anos, de acordo com a tolerabilidade do paciente. Em pacientes com malformação ou lesões corticais, onde há intenso processo inflamatório e semelhança fisiopatológica, a DC pode ser uma alternativa a ser desenvolvida. Porém, ainda apresenta uma escassa literatura.

**Palavras Chaves:** EPILEPSIA, DIETA CETOGÊNICA, ALERGIA E IMUNOLOGIA

## Neurologia

### IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA: EXPLORANDO A COEXISTÊNCIA DE AUTISMO E EPILEPSIA EM CRIANÇAS - RELATO DE CASO

**ANA CAROLINA MOURÃO PASSOS (UNESA-IDOMED), ISABELLA OLIVEIRA SANTANA (UNESA-IDOMED), ANTÔNIA QUARTI DE ANDRADE (UNESA-IDOMED), ANA CAROLINA GOMES BALTAR (IECPN), KATIA NOGUEIRA (UNESA-IDOMED)**

O transtorno do espectro do autismo (TEA) é caracterizado por um grupo de desordens complexas na evolução encefálica, podendo se apresentar tanto precocemente, quanto tardiamente no desenvolvimento infantil. A crise epiléptica, por sua vez, é um evento paroxístico decorrente de atividade neuronal excessiva anormal, sendo a epilepsia diagnosticada quando essas crises se tornam recorrentes, devido a um processo subjacente crônico. Fica claro, diante disso, que a TEA e epilepsia são doenças que possuem

comprometimento neuropsiquiátrico e baseado nessa relação, estudos mostram que existe uma maior incidência de coexistência entre as duas, sendo em torno de 30 - 40% vs 1 - 2% na população geral Escolar, sexo masculino, 5 anos, portador do Transtorno do Espectro Autista (TEA) já em acompanhamento. Mãe relata que o filho vem apresentando sintomas gripais há 5 dias e retratou uma crise tônico-clônica generalizada, por cerca de um minuto, levando-o a ser encaminhado para uma avaliação neurológica especializada. Na primeira consulta, a mãe revela que o mesmo vinha apresentando bastante dificuldade de concentração na escola.

Sendo realizado nesse atendimento um eletroencefalograma (EEG) que registrou cinco crises de ausência de repetição, com atividade epileptiforme de paroxismo de espícula-onda a 2,5 Hz. Após o resultado, a mãe informa que acredita ter tido episódios semelhantes em sua infância, porém, nunca teve diagnóstico. Foi receitado um antiepiléptico ao paciente. Na segunda consulta, mãe relatou melhora significativa nas atividades diárias da criança. Foi feito um EEG, que ainda apresentou paroxismos epileptiformes, porém com diminuição da frequência. A conduta da consulta anterior foi mantida, mas com ajuste da dose.

A coexistência de autismo e epilepsia pode complicar o diagnóstico e o tratamento, visto que os sintomas podem se sobrepor. Somado a isso, nesses pacientes o diagnóstico de epilepsia, principalmente em crises do tipo ausência, pode ser dificultado devido a pouca interação e a duração breve das crises. Sem dúvidas, a incidência de epilepsia em crianças com transtorno do espectro autista é notavelmente alta, além de ser comum observar casos de regressão autística em indivíduos com síndromes epilépticas, mesmo na ausência de crises clínicas. Dessa forma, é importante investigar a epilepsia nessas crianças, a fim de minimizar os impactos na função cognitiva e comportamental.

Concluimos ser evidente, que a ligação entre autismo e epilepsia ainda não é completamente compreendida, acredita-se que existam fatores genéticos e neurobiológicos compartilhados que contribuem para essa associação. Desse modo, é importante que os médicos estejam atentos aos sinais de epilepsia, principalmente em pacientes com TEA, considerando uma avaliação neurológica mais aprofundada caso esses sintomas estejam presentes.

**Palavras Chaves:** ESPECTRO AUTISTA, AUTISMO, EPILEPSIA, QUALIDADE DE VIDA