

TL-001

Hidrocefalia secundária à meningite por *Haemophilus influenzae* tipo B: complicação grave em quadro evitável por imunização

Jaluza Cherobini,¹ Ana Paula Amancio,¹ Tatiana Bergamin,¹ Claudia Falconieri,¹ Margarida Fernandes,¹ Carlos Goulart,¹ Marianna Presti,¹ Thais Grilo,¹ Letícia Azevedo,¹ Talita Nascimento¹

¹Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

Introdução • A meningite por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) tem curso clinicamente semelhante ao de outras meningites, sendo por vez difícil distingui-la de outros agentes etiológicos. Sua incidência diminuiu em larga escala após a introdução do programa de imunização contra o Hib. **Descrição do caso** • Lactente 3 meses, sexo masculino, com história de febre, irritabilidade, convulsões e esquema vacinal incompleto, com ausência da primeira dose da pentavalente, cuja vacina estava indisponível na unidade básica de saúde. Realizou tomografia de crânio evidenciando hidrocefalia tetraventricular. Na investigação foram colhidos cultura líquórica de resultado negativo e PCR com positividade para *Haemophilus influenzae*. Como conduta inicial, foi realizada neurocirurgia para colocação de derivação ventrículo externa para drenagem líquórica e iniciada antibioticoterapia de amplo espectro (ceftriaxone e vancomicina) durante 14 dias. Após negatificação líquórica do PCR, paciente foi submetido a nova abordagem neurocirúrgica para colocação de derivação ventrículo peritoneal. Apresentou boa evolução clínica e obteve alta no quinto dia de pós-operatório, sem sequelas motoras. **Discussão** • Em 1999, foi implantada a vacinação de rotina contra Hib em crianças menores de 1 ano na rede pública de saúde. A partir deste ano houve uma significativa diminuição na incidência e letalidade da meningite por Hib. A vacinação rotineira tem a capacidade de prevenir as complicações da doença, reduzindo o número de portadores e assim diminuindo sua transmissão para a população suscetível. As crises políticas e econômicas no Brasil estão colocando em risco muitos programas de cuidados de saúde preventiva, como a vacinação, gerando um grande impacto sobre a saúde das crianças, que não têm acesso à imunização adequada, o que tende a exacerbar a morbimortalidade infantil na próxima década. **Conclusão** • A introdução do programa de vacinação contra Hib resultou na quase eliminação das meningites por Hib e suas complicações. Esses achados reforçam a necessidade de manter a vacinação apropriada na infância, a investigação completa e a comunicação dos casos de meningites por Hib. É de suma importância que as políticas públicas garantam acesso universal à vacinação infantil.

TL-003

Chikungunya: relato de caso em lactente

Paula Garcez Oliveira Hazan da Fonseca,¹ Tathiana Silva de Santana,¹ Laís Paiva Gabriel,¹ Carla Dall'Olio¹

¹Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

Introdução • A febre sem sinais de localização constitui um desafio diagnóstico frequente na prática pediátrica. Entre as hipóteses diagnósticas devem ser incluídas as arboviroses. No Rio de Janeiro, o aumento epidêmico do número de casos de *chikungunya* torna imprescindível um alto grau de suspeição desta doença, cujas manifestações podem ser inespecíficas na população pediátrica, em especial nos lactentes jovens. **Descrição do caso** • Z. L. P., sexo masculino, 4 meses de idade, natural do Rio de Janeiro, foi atendido na emergência com quadro iniciado há um dia com febre (tax. 39 °C), prostração, choro fraco e diminuição na aceitação de aleitamento materno. Mãe negou tosse, coriza, alterações cutâneas, vômitos ou diarreia. À admissão encontrava-se febril, irritado ao manuseio, hipocorado, eupneico, perfusão periférica lentificada e pele de aspecto moteado. Foi realizada expansão volêmica e coleta de hemograma, PCR, hemocultura, EAS, urinocultura, radiografia de tórax e análise e cultura de LCR. Exames laboratoriais evidenciaram linfopenia, PCR elevado (57) e líquido acidentado com 51 células (41 PMN, 59 mononucleares e hematimetria de 305.000). Foi iniciado tratamento empírico para meningite com ceftriaxone, vancomicina e Aciclovir. Apresentou abaulamento de fontanela anterior durante a internação, porém com manutenção de depressibilidade, sem sintomatologia neurológica e USTF sem alterações. Durante a internação, a mãe relatou febre e artralgia. A febre já havia cedido, mas persistia com artralgia. Na primeira semana de internação, a irmã mais velha foi atendida com quadro de febre alta, prostração e exantema difuso. Devido a história familiar e epidemiológica, optou-se pela coleta de sorologias para dengue e *chikungunya* do paciente. Medicamentos suspensos após resultado de sorologia para *chikungunya* (IgM): positivo e cultura de LCR negativa. Evoluiu com melhora clínica e regressão do abaulamento de fontanela, tornando-se assintomático. **Discussão** • Há poucos estudos na literatura que descrevem os achados clínicos e laboratoriais da *chikungunya* na população pediátrica, em especial nos lactentes. Aqueles existentes destacam as manifestações cutâneas da doença. No caso descrito, o paciente apresentou acometimento sistêmico sem lesões exantemáticas, chamando a atenção para esta apresentação clínica. **Conclusão** • A suspeita de arboviroses deve ser feita em lactentes com febre sem sinais de localização, mesmo na ausência de exantemas, especialmente na presença de história familiar e epidemiológica positivas.

P-010

Relato de caso: exantema vesicobolhoso descamativo em lactente diagnosticado com febre *chikungunya*

Natália Teixeira Elias,¹ Sabrina Alvim Barreiro,¹ Julienne Martins,¹ João Guilherme de Souza Novis Avellar¹

¹Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho

Introdução • A febre *chikungunya* (CHIKF) é uma doença viral transmitida pela picada do mosquito *Aedes*, causada pelo vírus *Chikungunya* (CHIKV), que apesar de identificado em 1952, chegou ao Brasil apenas em 2013. Em adultos, costuma se apresentar com febre, exantema e artralgia. Porém, em crianças tem se apresentado de diferentes formas, sendo o exantema vesicobolhoso uma forma incomum. **Descrição do caso** • Lactente de 1 mês, sexo masculino, foi admitido num serviço de emergência de área endêmica com febre alta e exantema maculopapular difuso há três dias. Evoluiu em dois dias de internação para exantema vesicobolhoso, lesões descamativas, sepse e choque hemorrágico. Pensando em síndrome da pele escaldada estafilocócica, foi medicado com oxacilina associada a vancomicina, porém não houve crescimento microbiano na hemocultura. Permaneceu 17 dias internado e recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. Criança evoluiu sem sequelas, apenas lesões hipocrômicas cicatriciais difusas. Recebeu posteriormente o diagnóstico sorológico de CHIKF. **Discussão** • As manifestações clínicas de CHIKF mais comuns em crianças são febre, lesões cutâneas com alterações pigmentares na área centrofacial, erupções maculopapulares e úlceras aftosas intertriginosas. Apesar do exantema vesicobolhoso não ser uma forma de apresentação comum, estudos de coorte têm relatado casos de lactentes com este tipo de lesão associados a evidência laboratorial de infecção por CHIKV, bem como apresentado pelo caso do paciente em questão. **Conclusão** • Este caso mostra que, sobretudo em áreas endêmico-epidêmicas, a suspeita diagnóstica de CHIKF deve ser incluída no diagnóstico diferencial de lactentes que apresentem lesões vesicobolhosas e descamativas, já que estes, na maioria dos casos, não apresentam as formas típicas da doença. Em nosso serviço, tivemos quatro casos similares de janeiro a junho de 2018. Dessa forma, incluímos a CHIKF como diagnóstico diferencial de infecções estafilocócicas e síndrome de Steven Johnson, sendo coletado material para diagnóstico por biologia molecular e/ou sorologia para CHIKV e notificado para CHIKF em todos os casos. **Agradecimentos** • Ao Hospital Getúlio Vargas Filho.

P-011

Sífilis congênita tardia

Marcella Baiao Bruno,¹ Paloma Fernandes Coelho,¹ Katia Farias e Silva,¹ Patrícia Carvalho Batista Miranda,¹ Karolina Pereira Rubim dos Santos,¹ Lucas Dunkel Simões de Oliveira,¹ Gustavo Borges Coelho,¹ Yago Antunes de Barros¹

¹Hospital Municipal Miguel Couto

Introdução • Sífilis congênita (SC) é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum* por transmissão transplacentária. É classificada como precoce, quando as manifestações clínicas ocorrem nos dois primeiros anos de vida, ou tardia, quando as manifestações ocorrem após o segundo ano. **Descrição do caso** • E. F. S., 3 anos, masculino, morador de abrigo infantil. Foi atendido para exames de admissão no abrigo quando se suspeitou da doença. Na admissão encontrava-se desnutrido e com atraso psicomotor, sem febre ou outros sintomas. Ao exame físico, apresentava-se agitado, agressivo, pouco cooperativo e hipocorado (+/4+), com restante do exame sem alterações. Exames laboratoriais revelaram VDRL positivo. Devido à impossibilidade da realização da punção lombar, o paciente foi tratado para neurosífilis com 15 dias de penicilina cristalina. Recebeu alta hospitalar no dia em bom estado geral e sem alterações importantes no exame físico. **Discussão** • Os dados brasileiros do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2016 demonstram taxas crescentes de mortalidade infantil por essa doença. Os fatores de risco que contribuem para esse aumento são o baixo nível socioeconômico e escolaridade, promiscuidade sexual e assistência pré-natal inadequada. A transmissão vertical da sífilis pode ocorrer em qualquer fase da doença, sendo maior nas etapas iniciais, quando há mais treponemas circulantes afetando mais gravemente o feto. Na Sífilis congênita tardia os sinais e sintomas são observados principalmente dos 5 aos 20 anos de idade. Destacam-se: fronte olímpica, nariz “em sela”, região maxilar curta com palato em ogiva e protuberância relativa da mandíbula, rágades periorais, alargamento esternoclavicular, tibia em sabre e defeitos da dentição bastante característicos: dentes de Hutchinson e molares em “amora”, entre outros sintomas. O tratamento adequado da sífilis precoce e tardia promove remissão rápida dos sintomas. Porém, as lesões tardias não serão revertidas com a antibioticoterapia, sendo importante manter o seguimento. Penicilina cristalina é o único antimicrobiano eficaz conhecido para prevenir a transmissão vertical da sífilis e tratamento da infecção fetal. **Conclusão** • O acesso à informação e pré-natal adequado são essenciais para a prevenção da transmissão vertical da sífilis. Seu diagnóstico e tratamento precoce garantem que não haja sinais e sintomas tardios.

P-021

O desafio do manejo dos exantemas virais no surto de sarampo

Deborah Barbosa da Silva Tonelli de Almeida,¹ Carla Cristiane Dall'Olio,¹ Ana Lucia Parreiras Martins Rego,¹ Maria Cristina de Souza Azevedo,¹ Patricia Almeida Watson Varandas¹

¹Hospital Barra D'Or

Introdução • Doença exantemática é um dos quadros mais comuns na pediatria. A maioria é autolimitada, porém o correto diagnóstico é importante devido ao risco de contágio das doenças infecciosas, à possibilidade de gravidade e à piora do prognóstico, dessa maneira anamnese e exame físico minuciosos são essenciais. **Descrição do caso** • A. R. G. M., 1 ano e 5 meses, natural de São Paulo, há dez dias no Rio de Janeiro. Deu entrada na emergência pediátrica com história de 5 dias de febre, tosse, coriza, secreção ocular, hiperemia conjuntival e diarreia, além de dois dias de evolução com exantema maculopapular iniciado na face e estendendo-se pelo tronco e membros. Na história vacinal faltava a segunda dose da tríplice viral. Ao exame notava-se bom estado geral, estável, com exantema maculopapular difuso e confluyente em tronco e abdome. Olhos com secreção ocular amarelada. Restante do exame físico sem alterações. Solicitados hemograma, PCR, bioquímica e radiografia de tórax. A principal hipótese diagnóstica foi o sarampo, feito contato com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) para notificação, sendo orientado a coleta de swab nasofaríngeo e orofaríngeo, urina e sangue para investigação. Criança sem sinais de complicações foi liberada para repouso domiciliar. **Discussão** • O sarampo é uma doença viral aguda caracterizada por febre, sintomas respiratórios e exantema, podendo evoluir com complicações graves, sendo uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de 5 anos em alguns países. O comportamento do sarampo depende da relação entre o grau de imunidade e a suscetibilidade da população, além da circulação do vírus. O Brasil em 2016 recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Atualmente o Brasil enfrenta surtos de sarampo em alguns estados e casos isolados em outros. **Conclusão** • Diversas doenças têm quadro semelhante ao sarampo, dessa forma no atendimento pediátrico sempre deve-se pensar em outros diagnósticos diferenciais, como rubéola, escarlatina, eritema infeccioso, dengue, exantema súbito e enterovirose. Diante do retorno de casos de sarampo nos últimos meses no Brasil, é necessário que qualquer caso suspeito seja notificado.

P-027

A cobertura vacinal contra o sarampo e o atual surto da doença

Taiane Camargo,¹ Julia Forte,¹ Marcela Souza,¹ Ana Silva,¹ Ana Amorim,¹ Camila Ribeiro,¹ Vanessa Prevedello¹

¹Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

Introdução • Sarampo é uma doença viral, transmitida de pessoa a pessoa por meio de tosse e secreções. Sintomas comuns são irritação ocular, coriza, tosse, exantema, manchas hipocrômicas na face interna da bochecha e mal-estar. Em casos graves, pode ocorrer febre, convulsão e lesões cerebrais. A profilaxia mais eficiente é a vacinação contra o vírus do sarampo, fazendo parte do calendário vacinal nas formas das vacinas tríplice ou tetravirais. Não há tratamento específico para sarampo, porém nos casos graves administrar vitamina A mostrou bom resultado. **Objetivos** • Relacionar o surto de sarampo vivenciado pelo Brasil em 2018 com a cobertura vacinal para a doença durante os quatro anos anteriores. **Métodos** • Foi utilizada a plataforma de dados Datasus para estimar o número de doses aplicadas das vacinas dupla, tríplice e tetravirais e a cobertura profilática alcançada pela imunização nos anos de 2014 a 2017 nas cinco regiões do Brasil. **Resultados** • Em 2014 foram aplicadas, no Brasil, 16.468.617 doses de vacinas contra sarampo. A região Sudeste foi a que aplicou mais vacinas: 6.471.621, e a região que menos vacinou foi a Centro-Oeste com 1.273.599 doses. As regiões Norte, Sul e Nordeste administraram, respectivamente, 1.644.160, 2.093.763 e 4.985.474 doses. No ano de 2017, esses números declinaram substancialmente. No país foram aplicadas 6.196.695 doses dessas vacinas, valor inferior ao número administrado na região Sudeste em 2014. A distribuição entre as regiões Centro-Oeste, Norte, Sul, Nordeste e Sudeste ocorreu da seguinte forma: 477.807, 531.473, 719.880, 1.677.185, 2.790.350, respectivamente. Ao final do período analisado, constata-se redução de 62,4% no número de vacinas contra o sarampo administradas no Brasil. Considerando a necessidade de mais de uma dose para a imunização contra a doença, o número de pacientes que se tornaram imunes ao sarampo em 2014 era de 8.594.135, enquanto em 2017 esse número diminuiu para 6.750.895. **Conclusão** • Nos últimos anos, não havia relato significativo de sarampo no Brasil, porém em 2018 houve surto dessa doença em diversas regiões do país, ao mesmo tempo em que a cobertura vacinal para a mesma diminuiu expressivamente, podendo-se estabelecer relação entre o número crescente de casos e o declínio da principal medida profilática.

P-030

Chikungunya, forma atípica – Causa de febre em lactente jovem

Maysa Silva Teixeira,¹ Antonio Dourado Cavalcanti Neto,¹ Livia de Faria Ferreira,¹ Alan Bittencourt da Silva,¹ Manoela Silva de Oliveira,¹ Yve Cardoso de Oliveira,¹ Rulliany Lizia Tinoco Marins,¹ Julia Henrique Costa,² Tales Fraga Ferreira da Silva,² Christiane Mello Schmidt¹

¹Universidade Federal Fluminense

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Introdução • A *chikungunya* é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV) e transmitida por fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Caracteriza-se por uma síndrome febril aguda com predomínio de poliartralgia que pode persistir e se agravar nas fases subaguda e crônica. As manifestações clínicas em lactentes tendem a diferir daquelas apresentadas por crianças maiores e adultos, com maior risco de formas atípicas e/ou graves, como dermatoses, meningoencefalite, pericardite e retinite. **Descrição do caso** • I. R. P., 3 meses, masculino, natural de Niterói – RJ, admitido na emergência com febre e hiporexia há um dia. Mãe com história de febre e artralgia, diagnosticada clinicamente com arbovirose. Ao exame apresentava-se com irritabilidade e eritrodermia difusa, sem outras alterações. Permaneceu internado e foi implementado o protocolo de risco para febre sem foco, com a realização de hemograma (leucócitos: 5.800 0/0/0/13/65/17/5), proteína-C reativa (4,46/ VR = 0,3), punção lombar (10 leucócitos/mm³, 50 polimorfonucleares, glicose 68 mg/dl, proteínas 51 mg/dl), EAS, hemocultura, cultura de líquido e urinocultura (sem alterações). Iniciado ceftriaxone empiricamente, suspenso após quatro dias. O lactente evoluiu com lesões vesicobolhosas em membros, sugestivas de forma atípica de *chikungunya*. Permaneceu irritado e choroso ao manuseio. Aplicou-se a escala de FLACC para avaliação da dor e realizado esquema de analgesia apropriado. ECO *doppler* com pequeno derrame pericárdico e fundo de olho normal. Permaneceu 11 dias internado com terapia de suporte e cuidados locais das lesões, com boa evolução. Não apresentou infecção cutânea secundária. A suspeita de *chikungunya* foi confirmada pelo método RT-PCR. **Discussão** • Os achados clínicos e a história epidemiológica foram determinantes para investigação da infecção por CHIKV. As manifestações atípicas dessa arbovirose podem ocorrer na ausência de febre e artralgia, incluindo pericardite, dermatoses, meningoencefalite, retinite e pneumonia. O paciente do caso apresentou pericardite leve e um possível quadro inicial de meningoencefalite viral (discreta alteração líquórica) e dermatose (lesões bolhosas). Estas têm importância em lactentes pela maior prevalência e risco de complicações como as infecções bacterianas secundárias. **Conclusão** • O momento epidemiológico atual, associado à ocorrência mais frequente de manifestações atípicas da *chikungunya* em lactentes, denota a importância da suspeita clínica dessa arbovirose nas síndromes febris agudas.

P-048

Sepse, sepse grave e choque séptico: todo pediatra deve saber reconhecer e intervir – Relato de caso

Matheus Oliveira Ribeiro,¹ Ellem Ramos Ferreira Ribeiro,¹ Claudemir Bragança Rodrigues¹

¹Hospital Unimed Campos

Introdução • A sepse grave e o choque séptico são importantes causas de morbidade e mortalidade em pediatria. No Brasil, não possuímos dados precisos. Entretanto, nos EUA estima-se uma incidência de 42 mil casos/ano com mortalidade de 10%. **Descrição do caso** • Lactente de 9 meses, masculino, com vesículas em cavidade oral, mãos e pés e febre há quatro dias. Evoluiu com vômitos e inapetência no quinto dia. Atendido na emergência, recebeu sintomáticos e foi liberado. Retornou em 24 horas, com sonolência, irritabilidade, taquicardia, febre, vômitos e recusa alimentar. Internado em enfermaria, evoluindo em horas com taquidispnéia e anasarca, sendo encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Ao exame: sonolento, Glasgow: 9, pupilas isocóricas fotorreagentes, anictérico, acianótico, desidratado (+2/+4), edemaciado, nuca livre, FAN FC: 200 bpm, FR: 50 irpm, PA: 55 × 29 (38) mmHg, SO₂: 100 tax: 36,5 °C, aparelho respiratório: MVUA sem RA, BAN, aparelho cardiovascular: RCR2T, BNF, vasodilatação periférica, abdome: fígado a 4 cm do RCD MMII: edema (++)/4+) até joelhos. **Exames** • hemoglobina: 8,6, hematócrito: 25,2, leucócitos: 1.400 (0/2/0/0/11/66/21), PCR: 192 (referência: 6), plaquetas: 171.000, lactato: 18,4 (referência: 14,4), INR: 1,71, PTT: 2,03, Na: 125, K: 3,6, Ca: 7,5, função renal e hepática normais, albumina: 2,6, gasometria arterial Ph: 7,29, pCO₂: 30,2, pO₂: 80,6 HCO₃: 14,5, BE: -10,4, SO₂: 93,8, eletrocardiograma: taquicardia sinusal, líquido: sem alterações, culturas (líquor, urina e sangue): negativas, sorologias (rubéola, EBV, toxoplasmose, CMV, parvovírus, herpes, hepatites B e C): negativas. Criança com diagnóstico de choque séptico, iniciado protocolo do Guia de Sobrevivência na Sepse (GSS): duas expansões com 20 ml/kg de SF 0,9, dobutamina e noradrenalina, antibioticoterapia com cefepime, vancomicina e aciclovir. Recebeu antibioticoterapia na primeira hora de admissão na unidade. Necessitou de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Evoluiu com melhora clínica e laboratorial. Recebendo alta após 17 dias de internação. **Discussão** • O paciente do caso, já apresentava na emergência critérios para sepse, porém só foi diagnosticado e tratado adequadamente após evolução para choque séptico. É fundamental que o pediatra que atua na emergência saiba diagnosticar uma criança com sepse e não somente a sepse grave e o choque séptico. O GSS é um consenso internacional que recomenda que a primeira dose de antibiótico, após o reconhecimento da sepse grave ou choque séptico, seja realizada na primeira hora de atendimento, a fim de reduzir morbimortalidade. **Conclusão** • Diante de um quadro de sepse grave ou choque séptico, é imprescindível o reconhecimento precoce para que se inicie o protocolo do GSS, a fim de se tentar obter um melhor desfecho diante de um quadro tão grave.

P-050

Incidência de febre *chikungunya* em crianças atendidas em serviço de emergência de área endêmica de janeiro a junho de 2018: uma comparação das notificações dos últimos três anos

Natália Teixeira Elias,¹ Sabrina Alvim Barreiro,¹ Julienne Martins,¹ João Guilherme de Souza Novis Avellar¹

¹Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho

Introdução • A febre *chikungunya* (CHIKF) é transmitida pela picada do mosquito *Aedes* e, apesar de ter o vírus identificado em 1952, chegou ao Brasil em 2013. Segundo os dados do Ministério da Saúde (MS), considerando adultos e crianças, a CHIKF teve sua maior incidência em nosso país no ano de 2016, tendo queda expressiva em 2017. Porém, observamos que em nosso serviço isso não ocorreu. **Objetivo** • Mostrar a incidência dos casos de CHIKF das crianças de nossa unidade, localizada em área endêmica de arboviroses. **Método** • Em detrimento do aumento súbito de casos notificados/confirmados de CHIKF de janeiro a junho de 2018, realizamos a quantificação das notificações do nosso hospital de CHIKF, dengue (DENV), zika (ZIKV) e febre amarela (YFV) nos últimos três anos. Foi realizada comparação com os dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do MS. **Resultados** • De janeiro a dezembro de 2016, foram notificados 110 casos de DENV, 14 de CHIKF, 396 de ZIKV e nenhum de YFV. Já de janeiro a dezembro de 2017, foram 60 casos de DENV, 48 de CHIKF, 15 de ZIKV e nenhum de YFV. Em contrapartida, apenas de janeiro a junho de 2018, emitimos 140 notificações para DENV, 168 para CHIKF, 29 para ZIKV e 35 de YFV. É importante salientar que apenas notificamos casos para YFV em função do protocolo do MS que foi adaptado para nosso hospital. Assim, dos 35 casos de YFV, foram 13 casos notificados juntamente com DENV e 22 com CHIKF. Em relação às confirmações, obtivemos 32 casos de CHIKF confirmados, com mais de 100 resultados pendentes. **Conclusão** • Esses dados mostraram a importância do protocolo de YFV para sensibilizar as notificações/diagnóstico das arboviroses e obtermos a real incidência de casos. Levantamos a possibilidade de uma epidemia de CHIKF em nossa região, porém não podemos afirmar tal fato, pois poderíamos ter apenas subnotificado e subdiagnosticado nos outros anos. Dessa forma, para que possamos saber a real situação das arboviroses em nosso país é de extrema importância notificar e colher material para diagnóstico de todo caso suspeito de arbovirose. **Agradecimentos** • Ao Hospital Getúlio Vargas Filho.

P-060

Caso sugestivo de HIV em paciente de 3 meses: um relato de caso

Tâmia Carvalho Ferreira,¹ Marinna Bárbara Barros,² Suellen Ribeiro de Oliveira Wilken,² Cárita Maia Rodrigues Alves,¹ Edwanda Ciâncio Soares Silva,¹ Mariane Moraes Gordiano,¹ Maria Nair Petrucci Barbosa¹

¹Faculdade de Medicina de Campos

²Hospital Plantadores de Cana

Introdução • Um dos grandes desafios para a erradicação da transmissão vertical do HIV tem sido o diagnóstico precoce, que colabora com o tratamento e cursa com melhor prognóstico. **Descrição do caso** • Paciente, 3 meses, sexo feminino. Nascida a termo, parto vaginal. Levada pela mãe à emergência com quadro de tosse produtiva e febre. Mãe relatou que o pré-natal foi realizado (três consultas) e que suas sorologias foram normais (não apresentou o cartão). Disse, ainda, que a criança foi mantida em aleitamento materno exclusivo no 1º mês de vida, alimentando-se, atualmente, de fórmula infantil. Ao exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, peso de 3.800 g (muito baixo para idade) e apresentava: sibilos à ausculta, tiragem subcostal leve, taquipneia e taquicardia, nuca livre. Orofaringe: lesões esbranquiçadas compatíveis com monilíase oral, sem alterações nos demais aparelhos. Hemograma, eletrólitos, glicose, ureia, creatinina foram solicitados e evidenciaram apenas uma anemia importante (Hb: 6,5 g/dl). Uma radiografia de tórax foi realizada, sem alterações. Foram feitas nebulizações com Berotec e transfusão de concentrado de hemácias, sem melhora significativa. A paciente foi internada para antibioticoterapia intravenosa e investigação do quadro. Dois dias após a internação, constatou-se monília genital, tratada com nistatina tópica. Foi solicitado novo hemograma, imunoglobulinas e carga viral (CV). O resultado da carga viral foi compatível com HIV (CV = 5.679.999 cópias/ml). A paciente foi submetida à profilaxia para pneumocistose e candidíase e encaminhada ao centro de testagem e aconselhamento (CTA) da cidade. **Discussão** • A Aids é uma doença viral que gera comprometimento do sistema imunológico. Sua transmissão pode ocorrer pela via sexual, exposição ao sangue contaminado e verticalmente. Um dos grandes desafios é o diagnóstico precoce, de grande importância para o tratamento e melhor prognóstico. Cerca de 75% das crianças infectadas pelo HIV sem tratamento falecem no 1º ano. Os achados mais comuns em lactentes infectados são diarreia, pneumonia, monilíase. **Conclusão** • A identificação precoce dos casos de alta suspeição de Aids é fundamental na condução desses pacientes, principalmente na população pediátrica, cuja imaturidade imunológica favorece a replicação intensa do vírus. O diagnóstico oportuno possibilita a intervenção, de acordo com as estratégias terapêuticas mais adequadas.

P-067

Análise dos casos notificados de leptospirose em crianças e adolescentes no Rio de Janeiro nos últimos 5 anos

Patricia Reis Domingos Vaz,¹ Gabriela Fradão dos Santos,¹ Bernardo Cardoso Hannas,¹ Loana da Fonseca Tortora,¹ Sthefania Sad Silva Ferreira Rodrigues Fruet,¹ Tainá Aguiar da Costa,¹ Isabella Braga Tinoco da Silva¹

¹Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

Introdução • A leptospirose é uma zoonose de elevada incidência, transmitida, principalmente, pela água contaminada por bactérias espiroquetas do gênero *Leptospira*. Mais comum em regiões urbanas, em decorrência de altas aglomerações populacionais, áreas habitadas com ausência ou situação precária de saneamento básico e infestações de roedores. Tem maior prevalência em meses chuvosos e, por isso, costuma ocorrer em surtos. A doença tem baixos índices de letalidade na faixa pediátrica, mas pode se tornar um quadro grave, sendo necessário um diagnóstico rápido. Apresenta duas fases: precoce e tardia, em que a fase precoce é caracterizada por sintomatologia de um quadro infeccioso, com dificuldade de diferenciação de outras patologias. Já a fase tardia, consiste nas manifestações clínicas mais severas da doença, como a doença de Weil. **Objetivos** • Realizar uma análise dos casos notificados de leptospirose em crianças e adolescentes no Rio de Janeiro para determinar as cidades de maior prevalência. **Métodos** • Estudo realizado com base nos dados oriundos da plataforma Datasus, entre os anos de 2013 e 2017. **Resultados** • Entre 2013 e 2017, houve um total de 110 casos confirmados e notificados de leptospirose no estado. O município com o maior número de crianças e adolescentes doentes foi o Rio de Janeiro (39), seguido por Duque de Caxias (10) e Nova Iguaçu (8). A faixa etária mais prevalente foi de 15 a 19 anos (71), e o intervalo de idade menos prevalente foi de 1 a 4 anos (1), ocorrendo somente em Campos dos Goytacazes (1). O mês em que mais casos foram confirmados foi janeiro (22), seguido por dezembro (17) e março (16), e a menor prevalência ocorreu em julho (2). **Conclusão** • Conforme a distribuição de casos percebe-se que a prevalência se manteve no perfil descrito na literatura. Os picos da enfermidade estão relacionados com os meses de alto índice de chuva, além dos locais urbanos com alta aglomeração. A leptospirose pode evoluir para forma grave, assim mostra-se necessário o máximo cuidado na prevenção para evitar tais complicações.

P-082

Chikungunya diagnosticada em crianças atendidas em um serviço de emergência em área endêmica: diagnóstico diferencial com dengue e febre amarela

Natália Teixeira Elias,¹ Sabrina Alvim Barreiro,¹ Julienne Martins,¹ João Guilherme de Souza Novis Avellar¹

¹Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho

Objetivo • As arboviroses são doenças infecciosas emergentes responsáveis por elevada morbidade. Os arbovírus são propagados pelos mosquitos das espécies *Aedes* e no Brasil os mais prevalentes têm sido: febre amarela (YFV), dengue (DENV) e *chikungunya* (CHIKV). A literatura tenta diferenciar clinicolaboratorialmente as arboviroses entre si. Porém, observamos que o CHIKV, apesar de frequentemente causar febre, artralgia e exantema, tem se manifestado como as outras arboviroses em nosso serviço. Assim, o objetivo do trabalho é relatar as manifestações clinicolaboratoriais de 32 casos confirmados de CHIKV que tivemos de janeiro a junho de 2018, mostrando que mesmo em casos que se apresentaram como DENV clássico ou YFV, bem como foram notificados para tais arboviroses, foram diagnosticados posteriormente como CHIKV. **Método** • Foi realizada revisão do boletim de atendimento e/ou prontuário dos pacientes atendidos em nosso serviço de emergência em área endêmica de arboviroses, que inicialmente levantaram hipótese para DENV ou YFV, foram notificados como tal, mas obtiveram confirmação laboratorial de CHIKV por biologia molecular ou sorologia posteriormente. Foi realizada comparação com os dados obtidos por pesquisa bibliográfica no Pub Med. **Resultados** • Dentre as 32 crianças, 97% apresentaram febre, 53% mialgia, 41% artralgia, 50% exantema maculopapular, 31% cefaleia, 25% vômitos, 13% dor abdominal, 59% leucopenia, 44% plaquetopenia e 16% linfocitose. Além disso, 15 crianças foram notificadas para DENV, 9 para CHIKV, 5 para arbovirose inespecífica e 3 para doença estafilocócica. Seguindo o protocolo de YFV do Ministério da Saúde que adaptamos para nosso serviço, aquelas que tiveram manifestações hepáticas colheram material para confirmação laboratorial e foram notificadas para YFV juntamente com DENV ou CHIKV, porém nenhuma delas teve real suspeita dessa arbovirose. **Conclusão** • Apesar de serem descritas pela literatura apresentações clinicolaboratoriais comuns a cada arbovirose, notamos que o CHIKV tem se manifestado como qualquer uma das outras arboviroses, principalmente como DENV. Assim, devemos sempre levá-lo em consideração no diagnóstico diferencial de crianças com infecções virais em áreas endêmicas. O protocolo de YFV possibilitou maior sensibilização para diagnóstico, o que ressalta a importância da notificação e coleta de material para confirmação laboratorial para sabermos a real incidência das arboviroses em nosso país. **Agradecimentos** • Ao Hospital Getúlio Vargas Filho.

P-087

Análise do panorama histórico e epidemiológico do sarampo no Brasil

Letícia do Carmo Gonçalves Rodrigues,¹ Stephania Sad Silva Ferreira Rodrigues Fruet,¹ Gabriela Fradão dos Santos,¹ Loana da Fonseca Tortora,¹ Rafaela Cauduro Amorim,¹ Tainá Aguiar da Costa,¹ Marta Lourenço Rolla Aloise¹

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Introdução • Desde os primórdios da civilização, o sarampo se encontra presente no Brasil. Na década de 60, a vacinação foi introduzida no território brasileiro ainda de forma primária. Em 1968, passou a ser uma doença de notificação compulsória e, em 1973, foi criado o Plano Nacional de Imunizações (PIN), buscando ampliar o alcance da vacina, em conjunto com campanhas de vacinação. Visando atingir a erradicação da doença, foi criado em 1992 o Plano Nacional de Eliminação do Sarampo. Em 2016, o Brasil recebeu da OMS, o certificado de erradicação do sarampo. Apesar disso, alguns casos confirmados no ano vigente, 2018, podem ameaçar essa condição de zona livre de sarampo. **Objetivo** • Analisar o perfil e as questões históricas que explicam e caracterizam a evolução e o quadro atual do sarampo no Brasil. **Método** • Estudo descritivo e retrospectivo sobre a história do sarampo via Datasus. **Resultados** • O sarampo é uma doença infecciosa exantemática aguda, viral, potencialmente grave e contagiosa, tendo a vacinação como única forma de prevenção. Após análise dos dados dos últimos dez anos no Datasus, o número de casos da doença havia reduzido e estabilizado. Porém, houve um salto neste número do ano de 2017 (45), para o de 2018 (103 até abril), sendo os estados do Amazonas e Roraima os com maior número de casos registrados. Constatou-se ainda grande queda na taxa de vacinação, o que poderia em parte, associado ao aumento do número de imigrantes não vacinados, interferir no aumento do número de casos. Em Roraima, em 2015 e 2016, foram aplicadas mais de 9.200 doses por ano, em 2017, 10.233, havendo queda relevante no ano de 2018, com apenas 2.735. No estado do Amazonas, nos anos de 2015, 60.200 vacinações, em 2016, 59.772, e em 2017, 55.023, tendo importante declínio no ano de 2018, com apenas 14.629 doses aplicadas. **Conclusão** • O Ministério da Saúde segue investigando os casos registrados. Até o momento não existe evidência da transmissão autóctone e sustentada do vírus no Brasil. O mais importante atualmente é a atenção dos profissionais de saúde para identificação dos casos suspeitos e bloqueio da contaminação.

P-094

Paracoccidioidomicose disseminada aguda grave: reação paradoxal ou falência terapêutica?

Brenda Klemm Arci Mattos de Freitas Alves,¹ Denise Cardoso das Neves Sztajnbock,¹ Regina Cláudia Silva da Rocha,¹ Rhayane Peres de Oliveira da Silva,¹ Bruna Vieira Campista,¹ Eduardo Maranhão Gobbi Silva,¹ Damaris Alves Barbosa da Silva,¹ Barbara Pinto Rodrigues de Souza,¹ Lígia de Oliveira Almeida¹

¹ Hospital Universitário Pedro Ernesto

Introdução • A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica grave causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis* e *P. lutzii*, apresentando a maior taxa de mortalidade em imunocompetentes entre todas micoses sistêmicas. A forma subaguda/aguda afeta principalmente crianças. **Descrição do caso** • Menina, 5 anos, previamente hígida, moradora da área rural de Miguel Pereira, iniciou em janeiro de 2018 adenomegalia cervical bilateral associada à febre alta diária e perda de 9 kg (mais de 10% do peso). Inicialmente foi tratada como adenite infecciosa inespecífica, sem resposta. Em fevereiro de 2018 recebeu diagnóstico de paracoccidioidomicose após biópsia de linfonodo cervical. Ao exame apresentava desnutrição aguda grave com edema, linfonodomegalia coalescente em região cervical bilateral (maior com 10 cm) e hepatoesplenomegalia. Os exames complementares demonstravam anemia, eosinopenia, hipoalbuminemia, hipergamaglobulinemia e sorologia para paracoccidioidomicose 1:2.000. Tomografia abdominal evidenciava linfonodomegalias com efeito de massa em diversos órgãos. Evoluiu com manutenção da febre alta e fistulização de linfonodos cervicais ao longo de 23 dias de anfotericina B complexo lipídico. Associado itraconazol sem mudança do quadro e, após 16 dias, acrescentado cotrimoxazol, permanecendo com esquema triplice até o final da internação. Diante da possibilidade de reação paradoxal, iniciou-se corticoterapia. Após iniciar ambos medicamentos paciente se apresentou afebril, com melhora clínica e laboratorial. Recebeu alta, após 52 dias de tratamento inicial, com cotrimoxazol e itraconazol de manutenção. Ao longo da internação recebeu antibioticoterapia empírica para infecção secundária e foram descartadas imunodeficiências congênitas e adquiridas, coinfeção com tuberculose e HIV. **Discussão** • A incidência de paracoccidioidomicose grave vem aumentando em áreas rurais do estado do Rio de Janeiro e nas cidades ao redor do Arco Metropolitano, sendo importante diagnóstico a ser considerado. A reação paradoxal, com piora ou manutenção do quadro clínico, pode ocorrer durante o tratamento, dificultando o diagnóstico diferencial de uma falência terapêutica por razões diversas. **Conclusão** • A evolução da paracoccidioidomicose neste caso foi arrastada, com demora da resposta terapêutica e agravada pela imunodeficiência relacionada à desnutrição grave e à doença. As coinfeções bacterianas, virais, fúngicas e por micobactérias devem ser consideradas. Os critérios de cura são principalmente clínicos, e o tratamento e seguimento são longos. **Agradecimentos** • Ao Departamento de Pediatria Hupe-Uerj.

P-100

Resultados preliminares de uma série de casos de crianças com síndrome da zika congênita, nascidas de mães que não apresentaram exantema durante a gestação

Renata Artimos de Oliveira Vianna,¹ Erica Conti Rua,¹ Teresa Cristina de Castro Ramos Sarmet dos Santos,¹ Luis Antonio Bataglin Dalcastel,¹ Maria Luiza Bernardes dos Santos,¹ Armanda de Oliveira Pacheco de Faria,¹ Patrícia da Silva de Paula,¹ Alexandre Ribeiro Fernandes,¹ Solange Artimos de Oliveira,¹ Claudete Aparecida Araujo Cardoso¹

¹Universidade Federal Fluminense

Objetivos • Descrever os aspectos clínicos e radiológicos de crianças com síndrome da zika congênita (SZC), nascidas de mães que não apresentaram exantema durante a gestação. **Métodos** • Trata-se de uma série de casos de crianças atendidas no Ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF, de abril de 2016 a junho de 2018. Crianças nascidas após março de 2015 com microcefalia ou que desenvolveram microcefalia pós-natal e/ou que apresentaram alteração sugestiva de SZC foram incluídas no estudo. Esta data foi estabelecida, considerando os primeiros relatos de infecção pelo ZIKV no país. Os critérios de exclusão foram: microcefalia por outra etiologia, asfixia perinatal e/ou confirmação de outra infecção congênita (STORCH). As crianças foram avaliadas por equipe interdisciplinar e submetidas aos exames de neuroimagem, PEATE, ecocardiograma, sorologias para STORCH, exame oftalmológico e avaliação da disfagia pela escala FOIS. **Resultados** • Durante o período do estudo, foram encaminhadas 40 crianças com suspeita de microcefalia e/ou SZC, sendo a microcefalia descartada em 16 delas. Outras seis crianças foram excluídas, sendo uma microcefalia por toxoplasmose, três sífilis congênicas e duas asfixias perinatais. Cinco crianças permanecem em investigação. Das 13 crianças com SZC, dez apresentaram microcefalia ao nascimento e as outras três evoluíram para microcefalia pós-natal no 1º ano de vida. Uma criança foi a óbito. Uma criança nasceu em maio de 2018, após o fim da epidemia de Zika. Atraso do desenvolvimento e alterações motoras foram observadas em todas as crianças com SZC. Epilepsia foi diagnosticada em 10 (76,9%) crianças. Cinco (38,5%) apresentaram alterações oftalmológicas sugestivas de SZC. Em oito (61,5%) a disfagia era grave, sendo necessária gastrostomia em dois casos. O PEATE foi alterado em duas crianças. Os achados de neuroimagem mais encontrados foram calcificações corticossubcortical e displasia cortical (ambos em 92,3% dos casos). **Conclusões** • A SZC pode ser grave quando não há sintomatologia materna na gestação. O acompanhamento das crianças é importante no diagnóstico precoce da SZC. Apesar do fim da epidemia de zika no país, ainda há relato de SZC, permanecendo a doença um problema de saúde pública e um desafio a longo prazo para as crianças afetadas e suas famílias. **Agradecimentos** • À UPC/Huap-UFF e ao Lamap/Huap-UFF.

P-107

Herpes-zóster na infância

Barbara Soares de Oliveira Souza,¹ Adail Orrith Liborio Neto¹

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução • O vírus varicela-zóster (VZV) é um herpes-vírus neurotrópico cuja infecção primária relaciona-se com a varicela. A reativação do VZV resulta em herpes-zóster (HZ). Sabe-se que a incidência dessa doença aumenta com a idade. No entanto, a diminuição dos mecanismos de resposta celular e humoral pode condicionar o aparecimento de HZ na criança. Devido à raridade dessa enfermidade na infância, apresentamos esse relato de caso. **Descrição do caso** • Paciente masculino, 7 anos, negro, foi admitido no setor pediátrico do Hospital Público de Macaé com queixa de bolhas dolorosas na barriga. Paciente previamente hígido, iniciou um quadro de lesões vesiculares de base eritematosa dolorosa ao toque em região toracoabdominal, evoluindo após dois dias com bolhas e vesículas seguindo trajeto nervoso até o dorso, associado à alodinia. Imunização com a vacina contra varicela aos 3 anos de idade. Ao exame físico, foi observado presença de lesões vesicobolhosas em região do trajeto nervoso dos nervos T7-T8. Durante a internação, foi instituído aciclovir e analgesia. Paciente recebeu alta hospitalar quatro dias após a admissão com melhora do quadro. **Discussão** • A reativação do VZV é rara em crianças menores de 10 anos. A maioria dos casos pediátricos de HZ ocorre em crianças que tiveram infecção primária no útero ou no início da infância. Embora menos comum, a cepa vacinal pode estabelecer latência e subsequentemente reativar em crianças. A mãe do paciente negou infecção pelo VZV na gravidez, bem como varicela do escolar. Clinicamente, HZ manifesta-se com dor unilateral, seguida por pápulas agrupadas que evoluem para vesículas de base eritematosa. Essas lesões, posteriormente, formam pústulas e crostas que cicatrizam dentro de semanas. Na criança, a apresentação é menos grave que no adulto. A doença, como ocorreu no caso, geralmente é diagnosticada clinicamente. O prognóstico é excelente em crianças saudáveis, resolvendo-se completamente por conta própria. O aciclovir é aprovado para uso em crianças. **Conclusão** • Embora incomum, a HZ pode ocorrer em crianças imunocompetentes. Os médicos devem atentar-se às possíveis apresentações atípicas da doença, incluindo-a no diagnóstico diferencial de lesões vesiculares de crianças imunizadas e sem infecção primária conhecida da varicela.

P-112

Linfadenite em lactente infectada pelo HIV – Relato de caso

Anna Carolina Silva da Fonseca,¹ Milena de Souza Gomes,¹ Elza Alencar de Mattos,¹ Ana Claudia Mamede,² Denise Cardoso das Neves Sztajnbock,¹ Sylvio Luiz Borges Diegues Furtado,¹ Juliana Maia Torres,¹ Marise de Araujo Lessa,¹ Alessandra Nunes da Fonseca,¹ Fabiana Souza de Castelo Branco¹

¹Hospital Quinta D'Or

²Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Introdução • A tuberculose é altamente prevalente e um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. A vacina BCG é um dos principais meios de prevenção das formas graves de tuberculose, sendo aplicada ao nascer ou no primeiro mês de vida. Reação local de evolução prolongada, infarto ganglionar na axila direita ou complicações supurativas são eventos adversos. As crianças com exposição neonatal ao HIV devem receber a vacina BCG ao nascimento. Aquelas infectadas pelo HIV receberão o diagnóstico e tratamento antirretroviral já nos primeiros meses de vida. A tuberculose ou a síndrome de reconstituição imune pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou *Mycobacterium bovis* da vacina, devem ser consideradas nos lactentes com clínica sugestiva. **Descrição do caso** • Lactente, 6 meses e 27 dias, sexo feminino, HIV positivo por transmissão vertical. Pré-natal iniciado no primeiro trimestre, anti-HIV negativo no primeiro e segundo trimestres e teste rápido para HIV no momento do parto positivo. Bolsa íntegra, recebeu AZT intraparto. Recém-nascido de parto cesáreo, 39 semanas de gestação, recebeu três doses de Nevirapina e AZT oral por 28 dias, sem aleitamento materno. Diagnóstico de HIV aos 5 meses, iniciados zidovudina, lamivudina e lopinavir. Aos 6 meses iniciou aumento de volume axilar à direita e dor à manipulação. PCR da secreção axilar positivo para *Mycobacterium* sp. e cultura positiva para *Mycobacterium bovis*. IGRA negativo. Iniciado RIP e trocado lopinavir para Nevirapina. Associado amoxicilina-clavulanato. Evoluiu com regressão do linfonodo. **Discussão** • Lactente infectada pelo HIV, apresentando linfadenite por *Mycobacterium bovis* e coinfeção bacteriana provável. O caso ressalta a possibilidade de reação adversa à vacina BCG nestes lactentes. Houve boa resposta ao tratamento, podendo ser administrada apenas Isoniazida após identificação do *Mycobacterium bovis*, além dos antirretrovirais, fundamentais para manter carga viral indetectável e imunidade preservada. **Conclusão** • Considerando a ocorrência de reação adversa à vacina BCG em lactentes infectados pelo HIV um evento raro, a tuberculose endêmica no país e principal coinfeção nestes pacientes, os benefícios da vacinação superam os riscos de eventos adversos. A tuberculose ou a síndrome de reconstituição imune pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou o *Mycobacterium bovis* da vacina devem ser consideradas no diagnóstico diferencial.

P-115

Epidemiologia da doença meningocócica invasiva em Niterói: antes e depois da introdução da vacina meningocócica C conjugada

Tânia Cristina de Mattos Barros Petraglia,¹ Bruno Barros Petraglia¹

¹Policlínica Regional Doutor Sérgio Arouca

Introdução • Em março de 2010, a vacina meningocócica conjugada C foi incorporada ao calendário nacional de vacinação para crianças menores de 1 ano de idade, em um esquema de aplicação de duas doses e mais reforço após 12 meses. De 12 meses a 23 meses de idade em dose única. Em Niterói, uma cidade com quase meio milhão de habitantes, a introdução ocorreu em outubro de 2010, atingindo alta cobertura. **Método** • No período de 2007 a dezembro de 2016, informações do Sistema de Informações de Notificação (Sinan) foram coletadas, analisadas e comparadas. Foram selecionados residentes no município de Niterói com doença meningocócica invasiva, tendo como objetivos avaliar o impacto da vacinação e a prevalência de sorogrupos. **Resultados** • *Neisseria meningitidis* foi responsável por 22,43% de todos os casos de meningite de 2007 a 2016. De 2007 a 2010, 16,7% dos casos de doença meningocócica invasiva ocorreram em crianças menores de 1 ano de idade, que foi reduzido para 5,3% após dois anos da introdução da vacina. O sorogrupo C, anteriormente responsável por 100% dos casos relatados até os 19 anos, foi detectado em 82,8% dos casos após a introdução da vacina. Os sorogrupos B e W135 contribuíram com 10,3% e 6,9%, respectivamente, após a introdução da vacinação. **Discussão e conclusões** • A redução da doença meningocócica invasiva foi observada em crianças menores de 1 ano de idade, o que corresponde à faixa etária vacinada. É importante destacar o baixo índice de isolamento e identificação de sorogrupos. A prevalência do sorogrupo C foi mantida durante todo o período avaliado.

P-116

Encefalite por herpes tipo 2 em adolescente com zóster: relato de caso

Nathassia de Paula Sousa de Sá,¹ Carolina Pinheiro de Araújo,¹ Daniele de Azevedo Lemos Brito,¹ Beatriz Araujo da Costa Soffe,¹ Marcos André Giffoni,¹ Ramona Alessandra Souza da Silva,¹ Beatriz de Paula Sousa¹

¹Hospital Municipal da Piedade

Introdução • A meningoencefalite viral é um processo inflamatório agudo envolvendo as meninges. São sintomas iniciais abruptos: febre alta, cefaleia e alterações de comportamento, podendo progredir com crises convulsivas, principalmente focais. Pode haver ou não alterações no EEG, TC e RNM de crânio, especialmente em lobos temporais. O diagnóstico consiste na demonstração de DNA do vírus herpes simples no LCR. Apesar do diagnóstico e terapia precoces, as sequelas neurológicas são frequentes no prognóstico e o índice de mortalidade é alto. **Descrição do caso** • J. S. S., 16 anos, feminino, previamente hígida. Apresentou lesões vesiculares em membro inferior por sete dias, evoluindo subitamente com febre alta, cefaleia e dois episódios de crise convulsiva generalizada. Deu entrada na emergência com rebaixamento do nível de consciência. Os exames iniciais com leucograma, TC de crânio e LCR inalterados. Iniciado ceftriaxone, vancomicina, aciclovir e fenitoína empiricamente. Após oito dias, resultado do LCR com PCR reagente para vírus herpes simples tipo 2 e sorologia por Elisa para herpes simples 1 e 2 IgM e IgG reagentes. Evoluiu com ataxia, *deficit* de força muscular grau 3, paresia, nistagmo bilateral semiespontâneo em todas as direções e turvação visual. Após 21 dias de aciclovir, recebeu alta hospitalar melhorada usando carbamazepina e dicloridrato de betaistina para acompanhamento multidisciplinar ambulatorial. **Discussão** • A meningoencefalite herpética é uma doença grave e seu prognóstico depende do tratamento precoce, ainda nas primeiras horas após os sintomas iniciais. A paciente deu entrada na emergência comatosa, com exames de imagem sem alterações e LCR límpido, ausência de células e bacterioscopia negativa. No exame clínico as lesões vesiculares em membro inferior sugeriram herpes-zóster e foram relevantes para início da terapia antiviral. Houve melhora gradual dos sintomas motores e vestibulares. O principal ganho a longo prazo foi a substituição da fenitoína pela carbamazepina. **Conclusão** • O prognóstico satisfatório neste caso de meningoencefalite herpética se deu ao tratamento empírico e uso precoce do antiviral. Todavia, fica o alerta ao pediatra geral para o tratamento sistêmico em casos de herpes-zóster, mesmo em pacientes hígidos. A paciente mantém acompanhamento ambulatorial com progressiva melhora. **Agradecimentos** • Agradeço aos meus orientadores e colegas de residência médica pela contribuição neste trabalho.

P-117

Meningoencefalite herpética: sempre uma hipótese a ser considerada

Marcella Baiao Bruno,¹ Paloma Fernandes Coelho,¹ Katia Farias e Silva,¹ Patrícia Batista Carvalho Miranda,¹ Karolina Pereira Rubim dos Santos,¹ Ana Lucia Fernandes de Mesquita,¹ Lucas Dunkel Simões de Oliveira,¹ Yago Antunes de Barros,¹ Gustavo Borges Coelho¹

¹Hospital Municipal Miguel Couto

Introdução • Meningoencefalite é um processo inflamatório do parênquima cerebral e meninges causada por diversos vírus, como os herpes vírus (HSV), com rica apresentação clínica e elevada morbimortalidade. **Descrição do caso** • L. A. I. S., 14 anos, brasileira, procedente do Rio de Janeiro, foi admitida com desorientação. Há 20 dias iniciou vômitos, tremores de extremidades, febre e cefaleia. Manteve-se sintomática por uma semana, apresentando alucinações visuais, afasia, procurando auxílio médico com sialorreia, agitação, dificuldade para deambular e crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Exame físico na admissão sem respostas a estímulos verbais e dolorosos, sem sinais meníngeos. Punção lombar com 5% de células 100% monócitos, proteína: 77, glicose: 64 e LDH: 172. Hemograma com leucocitose sem desvios, PCR: 2,8. Tomografia computadorizada (TC) de crânio evidenciou hipodensidade corticossubcortical mal definida circundando a artéria cerebral média, sugestivo de neurotuberculose. Iniciado esquema RIPE, ceftriaxone, vancomicina e aciclovir. Realizada nova TC de crânio evidenciando piora do quadro tomográfico cerebral no décimo dia de internação. PCR do líquido negativo para *Mycobacterium tuberculosis* e detectável para herpes vírus. **Discussão** • A meningoencefalite herpética pode causar cefaleia, náusea, vômitos, febre, alteração da consciência, distúrbios da fala e comportamentais. O diagnóstico é baseado na cultura do vírus, PCR do tecido cerebral ou do líquido cefalorraquidiano (LCR), ou demonstração de anticorpos específicos no LCR. O PCR para os HSV pode ser negativo nos primeiros dias da doença ou após o décimo dia. Se duas amostras de LCR com PCR negativo para HSV, a infecção por este agente é improvável. A análise do líquido revela celularidade com predomínio linfomononuclear, valores de glicose normais ou reduzidos e proteínas elevadas. A tomografia computadorizada pode ser normal inicialmente ou apresentar leve edema. A ressonância magnética (RM) é mais sensível, revelando hipersinal nas áreas afetadas. O tratamento inclui aciclovir 10 mg/kg IV 8/8h por 14 a 21 dias. O PCR negativo no líquido ao final do tratamento indica melhor prognóstico. PCR deverá ser repetido em pacientes com resposta clínica inapropriada. Se resultado positivo, o tratamento deverá continuar. **Conclusão** • A meningoencefalite herpética é um quadro infeccioso viral com elevada morbimortalidade que evolui para coma e morte rapidamente, devendo ser sempre uma hipótese diagnóstica para evitar desfechos clínicos fatais.

P-126

Paracoccidioidomicose: um desafio diagnóstico

Daniela Mynssen de Mendonça,¹ Marcella Baiao Bruno,¹ Paloma Fernandes Coelho,¹ Patrícia Carvalho Batista Miranda,¹ Katia Farias e Silva,¹ Karine Maia de Souza,¹ Thais Xavier de Souza,¹ Renata Sande Paiva,¹ Giovana Wydra Schorr,¹ Ivanete Pereira Coelho¹

¹Hospital Municipal Miguel Couto

Introdução • A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica adquirida através da inalação de fragmentos do fungo. A infecção primária ocorre durante a infância e envolve o sistema imunológico. A forma crônica mais frequente é de disseminação multifocal, com envolvimento dos pulmões, linfonodos, pele e mucosas. **Descrição do caso** • N. S. C., 11 anos, masculino, admitido na unidade com febre intermitente vespertina, astenia e emagrecimento há dois meses. Evoluiu com lesões papilomatosas em MSE, ombro direito, dorso, face, couro cabeludo e tronco. Realizou exames laboratoriais, fezes e urina sem alterações; testes rápidos para HIV, sífilis, HCV, hepatite B, negativos. Administrada penicilina benzatina, sendo liberado. Mantendo os sintomas, procurou atendimento médico, sendo internado em nosso serviço e solicitados novos exames laboratoriais: sorologias para toxoplasmose, citomegalovírus e herpes simples – todas negativas. PPD não reator. Tomografia de tórax e abdome evidenciando imagens nodulares em pulmão direito, além de múltiplas imagens nodulares hipodensas em retroperitônio. Realizada biópsia de pele e ganglionar cervical positiva para *P. brasiliensis*. Feito oxacilina, ampicilina, fluconazol e em uso de anfotericina B. As lesões papilomatosas cicatrizaram, porém pelo quadro de desnutrição grave foi transferido para unidade especializada para investigação hematológica com suspeita de imunossupressão. **Discussão** • A paracoccidioidomicose é causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis* com alta prevalência no Brasil. Manifesta-se como doença sistêmica moderada ou grave de evolução curta. Constituem queixas principais: tosse, dispneia e perda de peso associada a lesões cutâneas e das mucosas. A linfonodomegalia é a principal manifestação em crianças. As lesões de pele não são comuns em crianças, mas quando presentes indicam maior gravidade. Má absorção intestinal é a mais grave sequela em jovens. O diagnóstico se baseia no achado de *P. brasiliensis* no exame microscópico direto de espécimes clínicos, como aspirado de gânglios e crescimento do fungo em cultura. O tratamento de escolha é sulfametoxazol com trimetopim. Anfotericina B é usada nos casos graves. **Conclusão** • A paracoccidioidomicose é importante causa de morbimortalidade por doenças endêmicas parasitárias no Brasil, devendo ser incluída no espectro do diagnóstico diferencial da prática médica rotineira, reconhecida com precocidade e tratada convenientemente, evitando-se que evolua com sequelas e morte.

P-129

Tratamento da faringite como profilaxia da febre reumática

Sydnei Oliveira,¹ Victhória Barbosa,¹ Ághata Barros,¹ Camila Mamede,¹ João Pedro Garcia,¹ Letícia Ávila,¹ Maria Alice Donatti,¹ Matheus Carneiro,¹ Paula Condé,¹ Pedro Silva P.¹

¹Universidade Estácio de Sá

Introdução • A febre reumática (FR) é definida como uma complicação da faringoamigdalite causada principalmente por *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). É necessário que, além da infecção, haja uma predisposição genética. A manifestação clínica mais relevante é o acometimento cardíaco, atingindo na maioria das vezes as valvas mitral e aórtica. A prevenção consiste no tratamento da faringite. Em alguns países, é recomendado que se trate qualquer faringite, mesmo sem saber o agente. Em média três das faringites não tratadas evoluem para FR. **Objetivo** • Estudar e compreender os métodos diagnósticos da FR, bem como sua prevenção a partir do tratamento da faringite no Brasil. **Metodologia** • Revisão bibliográfica realizada no primeiro semestre de 2018, utilizando a plataforma SciELO. Os artigos-base foram publicados em revistas nacionais e internacionais entre os anos de 2010 e 2018. **Resultados** • Quantos artigos foram levantados? A FR é uma doença autoimune sistêmica, já que inclui manifestações cardiovasculares, cutâneas, neurológicas e osteoarticulares. A partir dessas manifestações, foram criados os Critérios de Jones que as agrupava em critérios maiores e critérios menores. Originalmente, a FR seria diagnosticada com a presença de dois critérios maiores ou com a presença de um critério maior acompanhado de dois critérios menores acompanhados de infecção estreptocócica prévia. Ao longo dos anos, os Critérios de Jones foram modificados diversas vezes e por diferentes organizações e associações, que adaptaram os critérios para diagnósticos da febre reumática em diversos contextos. Em 2015, após revisão dos critérios diagnósticos, a American Heart Association passou a adotar critério diagnóstico diferenciado conforme classificação da população em baixo, médio e alto risco. Para a população de médio e alto risco, adicionou-se a monoartrite aguda e a poliartralgia aguda como critérios maiores, e a monoartralgia aguda e a elevação da velocidade de hemossedimentação acima de 30 mm como critérios menores. **Conclusão** • A necessidade de promover ações em medicina preventiva eficazes e acessíveis à população e voltadas para crianças e adolescentes acometidos por infecções de vias aéreas superiores, para evitar, assim, complicações futuras e agravamentos, mostra-se cada vez mais importante, visto que o índice de pacientes acometidos pela FR ainda é crescente. O reconhecimento mais precoce da doença resulta em um melhor desfecho clínico.

P-134

Doença de Kawasaki complicada com síndrome de ativação macrofágica – Diagnóstico diferencial com sepse

Adriana Rodrigues Fonseca,¹ Marta Felix Rodrigues,¹ Rozana Gasparello de Almeida,¹ Alicia de Oliveira Rosas,¹ Christianne Costa Diniz,¹ Thaissa Amorim Nogueira Lang,¹ Rodrigo Perico,¹ Flavio Roberto Sztajnbock,¹ Sheila Knupp Feitosa de Oliveira¹

¹Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

Introdução • A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica febril aguda, que acomete predominantemente crianças menores de 5 anos e que pode complicar com aneurismas coronarianos. Outra rara, porém grave, complicação descrita na DK é a síndrome de ativação macrofágica (SAM), uma síndrome hiperinflamatória com tempestade de citocinas e hiperferritinemia, febre não remittente, citopenias absolutas ou relativas, visceromegalias, coagulopatia e até insuficiência múltipla de órgãos. **Descrição do caso** • Pré-escolar, 2 anos, sexo feminino, previamente hígida, com febre alta e persistente há dez dias, sem foco infeccioso identificado. Evoluiu com vômitos, prostração, sonolência, hiperemia conjuntival, exantema, edema de mãos e pés e posterior anasarca, sendo internada com sepse suspeita. Exames iniciais evidenciavam leucocitose com desvio à esquerda, anemia, plaquetopenia e PCR bastante elevada. Evoluiu com piora clínica (insuficiência respiratória, rebaixamento do nível de consciência, equivalentes convulsivos) e laboratorial (bicitopenia, PCR em ascensão e VHS em queda, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia), com culturas negativas. Considerando os achados clínicos e laboratoriais iniciais e a evolução desfavorável, aventada hipótese de DK incompleta complicada com SAM. Tratamento com imunoglobulina, pulsoterapia com metilprednisolona e dexametasona, com reversão do quadro e posterior evolução com defervescência, descamação perineal e periungueal, além de trombocitose. Na fase crônica apresentou área de alopecia e linhas de Beau. **Discussão e conclusão** • Este relato de caso corrobora a importância de se considerar a possibilidade de DK incompleta, nos casos de febre persistente sem foco infeccioso identificado, mesmo na ausência de outros critérios clínicos da DK, sobretudo quando houver achados subsidiários como leucocitose, anemia, aumento de VHS e/ou PCR, piúria estéril e, principalmente, em vigência de coronariopatia. Além disso, diante de uma situação clínica de sepse suspeita, não responsiva ao tratamento antimicrobiano e de suporte, o pediatra deve ter em mente a hipótese de SAM, com monitorização laboratorial seriada, visando detectar alterações sugestivas como: citopenias (absolutas ou relativas), PCR elevada, queda de VHS, hiperferritinemia, elevação de TGP, hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia, para o tratamento precoce dessa grave complicação.

P-135

Relato de caso: herpes-zóster na infância

Ana Clara Morett Amorim¹

Hospital Público de Macaé

Introdução • A herpes-zóster (HZ) ocorre por reativação do vírus varicela-zóster (VZV) latente na raiz dorsal dos gânglios sensoriais ou dos nervos cranianos. É caracterizada por exantema vesicular segundo o dermatomo sensorial afetado. A ocorrência da varicela no primeiro ano de vida é fator de risco mais frequente na idade pediátrica. Entre 0-5 anos, a incidência da doença é aproximadamente 0,2 por 1.000 pessoas/ano. Dada a raridade da HZ na infância, descrevo um relato de caso de HZ em criança de 7 anos, discutindo abordagem clínica e tratamento. **Descrição do caso** • K. V. S., feminino, 7 anos de idade, previamente hígida. Imunizações completas. Varicela sem complicações aos 3 meses. Há nove dias com lesões vesiculares dolorosas, não pruriginosas inicialmente em coxa direita que se alastraram para glúteo há seis dias, sem febre. Ao exame físico observa-se presença de lesões hipercrômicas agrupadas maculopapulares e vesiculares envolvendo os dermatomos L5, S1 e S2. Exames laboratoriais inocentes. Iniciado aciclovir venoso na dose de 30 mg/kg/dia de 8/8h juntamente com aciclovir tópico. Após 48 horas do início da medicação, paciente apresentou importante melhora do aspecto das lesões. **Discussão e conclusão** • Apesar de rara, a HZ pode ocorrer na infância sendo fundamental a suspeita diante de um paciente com exantema vesicular e história prévia de varicela. O diagnóstico é clínico, podendo ser realizado PCR para VZV em casos duvidosos. A complicação mais comum é a infecção secundária, principalmente por *Staphylococcus aureus* ou *Streptococcus beta-hemolítico* do grupo A. Pelo curso benigno da doença, alguns autores defendem que a terapêutica antiviral, em crianças saudáveis, deve limitar-se aos casos em que o exantema seja moderado a grave, com dor intensa ou envolvimento dos pares cranianos. Outros defendem que os antivirais reduzem a formação de novas vesículas, a duração da doença e o aparecimento de complicações, tendo benefício para todos os doentes. O tratamento de escolha é o aciclovir oral, 80 mg/kg/dia de 4/4h, por sete dias ou até dois dias após as novas lesões. No caso relatado optou-se por iniciar aciclovir venoso devido à extensão das lesões e à faixa etária da paciente.

P-141

Casos de coqueluche em crianças de até 1 ano no estado do Rio de Janeiro nos últimos anos

Rafaela Cauduro Amorim,¹ Isabella Braga Tinoco da Silva,¹ Sthefania Sad Silva Ferreira Rodrigues Fruet,¹ Letícia do Carmo Gonçalves Rodrigues,¹ Loana Tortora,¹ Tainá Aguiar da Costa,¹ Gabriela Fradão Dos Santos¹

¹Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

Introdução • A coqueluche, é uma doença infecciosa causada pela bactéria gram-negativa *Bordetella pertussis*, altamente contagiosa e disseminada por secreções do trato respiratório o qual também é acometido. O quadro clínico é dividido em fase catarral, fase paroxística e fase de convalescença. Trata-se de uma infecção com elevada morbimortalidade, especialmente em recém-nascidos e lactentes. Sua principal forma de prevenção é a vacina, conhecida como DTP (difteria, tétano e pertússis), aplicada no 2º, 4º e 6º mês de vida da criança e com os reforços aos 15 meses e 4 anos de idade. **Objetivos** • Análise da prevalência de casos de sarampo no estado do Rio de Janeiro (RJ) entre 2017 e 2013. **Métodos** • Estudo descritivo e retrospectivo sobre coqueluche via Datasus. **Resultados** • De 2013 a 2017 foram confirmados e notificados 87 casos de coqueluche em menores de 1 ano no estado do RJ. Em 2013 podemos observar um decréscimo nestes números, que voltam então a subir em 2017, com maior prevalência no estado do RJ e em crianças menores de 1 ano. No período, a cidade do Rio de Janeiro foi responsável pelo maior número de casos (41), seguida por Campos dos Goytacazes (8), Itaboraí (4), São Gonçalo (4), Itaperuna (3), Porciúncula (3) e Carmo (3). As cidades com menor prevalência foram Angra dos Reis, Areal, Cardoso Moreira, Nova Friburgo, Paraíba do Sul, Paraty, Petrópolis, Três Rios e Volta Redonda, todas com um caso. Sabe-se que a doença apresenta um perfil epidemiológico sazonal e cíclico, com aumento do número de casos a cada 2 a 5 anos. Porém, neste caso, também devemos levar em consideração a redução do número de crianças vacinadas e a possibilidade de mudanças no agente etiológico, como possíveis agravos para o novo aumento do número de casos. **Conclusão** • Sendo a coqueluche um agravo de notificação compulsória, toda criança que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associada a tosse paroxística, guincho respiratório e/ou vômitos pós-tosse deve ser investigada. Entretanto, o principal objetivo deve ser aumentar as coberturas vacinais, a fim de se evitar acúmulo de bolsões de suscetíveis e de reduzir o risco de doença grave em lactentes. **Agradecimentos** • Ao grupo do trabalho.

P-150

Sepse respiratória por *Serratia marcescens* em enfermaria de pediatria – Relato de caso

Lenita de Melo Lima,¹ Tatiane Vidal Dias Gomes,¹ Ramona Alessandra Souza da Silva,¹ Marcos Andre Giffoni da Silva,¹ Cideia Fátima de Figueiredo,² Carolina Pinheiro de Araujo,¹ Carlos Alberto Vairo dos Santos Filho,¹ Fernanda Meireles Miranda Martinez,¹ Marianna Ecard Melo,¹ Beatriz Araújo da Costa Soffe¹

¹Hospital Municipal da Piedade

²Universidade Estácio de Sá

Introdução • A sepsé prossegue entre as principais causas de óbito em crianças, apresentando taxas de letalidade que, nas formas mais graves da doença, podem exceder 50%, sendo o *Staphylococcus aureus* o principal agente etiológico identificado. *Serratia marcescens* é um bacilo gram-negativo, isolado como agente causal de várias patologias clínicas e com mecanismos de resistência a múltiplas drogas. O objetivo do trabalho é relatar caso de sepsé respiratória por *Serratia marcescens* em lactente previamente hígida, internada em enfermaria pediátrica, destacando os critérios diagnósticos da síndrome séptica. **Descrição do caso** • V. R. E. S. M., sexo feminino, 1 mês, parto cesárea, permaneceu na maternidade oito dias devido à infecção materna de sítio operatório, período em que iniciou tosse e espirros. Evoluiu com cansaço e febre, sendo internada taquidispneica, hipocorada, com saturação adequada em ar ambiente, tiragem subcostal leve a moderada e ausculta respiratória com estertores subcrepitantes e roncos bilaterais. Radiografia de tórax com áreas de hipotransparência em terço superior do pulmão direito e terços médio e inferior esquerdo. Iniciados ampicilina e gentamicina. Evoluiu com piora clínica, apresentando gemência, taquipneia, taquicardia, tiragem intercostal e retração de fúrcula esternal, além de anemia, leucocitose, plaquetopenia, aumento do VHS e do PCR. Hemocultura identificou *Serratia marcescens*, sensível somente a ciprofloxacina. Houve melhora clínica satisfatória após instituição de antibioticoterapia específica. **Discussão** • A sepsé perdura como um tema de importante relevância e que deve ser reconhecido o mais brevemente possível. O diagnóstico da síndrome séptica é clínico e baseado nas alterações que constituem a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), associada a processo infeccioso. A verificação diária dos dados clínicos utilizados como critérios de SIRS – temperatura, frequências cardíaca e respiratória – foram de grande importância no diagnóstico prematuro da sepsé e isolamento do agente infeccioso, com instituição do tratamento adequado para o caso. **Conclusão** • Representa um desafio à saúde pública a acentuada resistência de patógenos aos antimicrobianos, causando uso inadequado de fármacos, além de se constituir uma ameaça de disseminação, especialmente, no ambiente hospitalar. O reconhecimento precoce da sepsé e isolamento da *Serratia marcescens*, foram determinantes para evolução favorável da paciente, assim como a instituição de medidas de controle.

P-153

Adenomegalia: quando a biópsia é decisiva

Mariana Sathler Pereira,¹ Patrícia Stambovsky Guimarães Borges,¹ Gustavo Abuassi,¹ Clara Vasconcelos Orlandi,¹ Carla Cristiane Dall'Olio,¹ Luisa Moraes Teixeira,¹ Larissa Nascimento Cruz¹

¹Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

Introdução • A presença de linfadenomegalias como fator isolado de anormalidade deve ampliar o leque de diagnósticos diferenciais, incluindo síndrome de mononucleose, doença de arranhadura do gato, tuberculose e patologias hematológicas. As formas extrapulmonares da tuberculose, embora não representem fatores de risco à transmissão da doença, ganham cada vez mais importância, em virtude do aumento da incidência da TB no Brasil e no mundo. A tuberculose ganglionar é a forma extrapulmonar mais comum de infecção por *Mycobacterium tuberculosis*. A pobreza de sintomas pode levar a falha ou atraso na obtenção do diagnóstico. **Relato de caso** • Paciente, masculino, 14 anos, com adenomegalias a esclarecer há três meses em cadeias cervicais e inguinais, sendo a maior em região inguinal direita, sem febre, perda ponderal, queixas respiratórias ou gastrointestinais. Apresentava sorologias negativas para TORCH, hemograma e bioquímica normais. Ultrassonografia demonstrava linfonodo inguinal aumentado sem sinais de malignidade. Realizada biópsia do gânglio, cuja primeira avaliação sugeria a presença de histiócitos, contudo sem correlação com a clínica. A lâmina foi então revista e evidenciou linfadenite granulomatosa com necrose sugestiva de tuberculose. Com o diagnóstico de tuberculose ganglionar foi iniciado tratamento com RIPE por seis meses. **Discussão** • Na investigação, a TB não foi aventada como diagnóstico principal visto a forma de apresentação não típica. Em geral, há comprometimento linfonodal unilateral associado ao endurecimento e fistulização do linfonodo com saída de material caseoso. No caso, houve acometimento de cadeia cervical média e inguinal bilateralmente, e o maior linfonodo presente em cadeia inguinal direita sem fistulização. Como semelhança à literatura, o paciente não apresentava tuberculose pulmonar ativa. O BAAR e a cultura são métodos diagnósticos muito utilizados, porém o padrão-ouro é a biópsia de linfonodo que no caso em questão confirmou o diagnóstico. **Conclusão** • Devido à alta incidência de tuberculose na população brasileira e pelo fato de a tuberculose ganglionar ser uma forma comum de TB extrapulmonar que possui tratamento definido e de alta eficácia, é importante atentarmos a esse diagnóstico em casos de linfadenomegalia crônica. A biópsia e seu laudo assertivo são decisivos para tomada de decisão precoce e segura.

P-155

Adenite cervical bacteriana: relato de caso

Marcela Ribeiro Fardim,¹ Maysa Montes Duarte,¹ Thays Nogueira Moraes,¹ Jéssica de Souza Nascimento,¹ Elisa Siqueira Batista Ruiz,¹ Lorena Gomes Pinto Franco,¹ Beatriz Rangel Rufino,² Ana Carolina Silva Ribeiro,¹ Regina Célia de Souza Campos Fernandes¹

¹Hospital Plantadores de Cana

²Faculdade de Medicina de Campos

Introdução • As adenites cervicais de origem bacteriana são muito frequentes na prática pediátrica e apresentam como principais agentes etiológicos o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus beta-hemolítico*. **Relato de caso** • Escolar, branca, 7 anos, apresentou dor em região cervical direita, seguida por tumoração e picos febris (38,5 °C), sendo diagnosticada como parotidite e feitos sintomáticos. Após uma semana sem melhora e com agravamento das manifestações, recebeu o diagnóstico de adenite bacteriana e foi tratada com ceftriaxone, oxacilina, antitérmicos e calor úmido. Exames laboratoriais: 18.420 leucócitos, com neutrofilia 75,8 e 3 de bastões, plaquetas: 409.000, proteína C reativa de 16,3 g/dl. Três dias após, 20.940 leucócitos, com 74 de neutrófilos e hemoglobina: 9,6 g/dl com 33,4 de hematócrito. Esta terapia foi utilizada por 14 dias sem sucesso. Foram indicados biópsia e uso de sulfametoxazol-trimetoprima, que após 14 dias determinou importante regressão da adenopatia. Biópsia ganglionar: linfadenite aguda com necrose supurativa central e ausência de granulomas. **Discussão** • Diante de um quadro clássico de adenite bacteriana (curso agudo, presença de febre e sinais flogísticos locais, leucocitose com neutrofilia e prova inflamatória alterada) está indicado o uso de oxacilina pela via venosa. A má resposta suscita a possibilidade de *S. aureus* resistente à mesma e, nestes casos, a clindamicina e o sulfametoxazol-trimetoprima são alternativas. **Conclusão** • Em pacientes sem hospitalização anterior e com adenite bacteriana resistente ao uso da oxacilina, está indicado o uso do sulfametoxazol-trimetoprima ou da clindamicina por 10 a 14 dias e com resposta satisfatória.

P-156

Taxa de hospitalização de crianças com infecção pelo HIV numa instituição do Rio de Janeiro – RJ no período de 2011 a 2016

Vanessa Lourenço Borges¹

¹Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Objetivos • O objetivo geral foi investigar a taxa de hospitalização em crianças com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em seguimento clínico no ambulatório de imunologia após o amplo acesso à terapia antirretroviral (TARV) combinada. Os objetivos específicos foram: descrever as características demográficas, clínicas e imunológicas de crianças hospitalizadas, identificar as causas de hospitalização em crianças com infecção pelo HIV, descrever a média de dias de hospitalização, analisar a resposta ao tratamento e evolução dos pacientes hospitalizados, investigar a influência de comorbidades na ocorrência de hospitalização, analisar comparativamente a influência de características demográficas, clínicas, imunológicas e da adesão à TARV em pacientes com e sem hospitalização. **Método** • Neste artigo científico foi realizado estudo de coorte, retrospectivo, observacional, de revisão de prontuários, no período de 2011 a 2016. Foram incluídos do estudo pacientes na faixa etária de 4 meses a 12 anos exclusive, com seguimento clínico ambulatorial regular e excluídos pacientes com dados incompletos no prontuário médico. A análise estatística foi descritiva e comparativa, utilizando qui-quadrado, teste exato de Fischer e teste T de Student, considerando como nível de significância $p < 0,05$. **Resultados** • Houve 39 registros de crianças infectadas pelo HIV em acompanhamento regular no ambulatório de imunologia, sendo dez destas internadas com uma taxa de hospitalização de 26% e o tempo médio de 21 dias. A pneumonia bacteriana foi a principal causa de internação representando 56,5% das hospitalizações. Todos os pacientes tiveram acesso à TARV, embora a maioria com má adesão e baixo percentual de pacientes com supressão efetiva da replicação viral. A principal comorbidade observada na hospitalização foi a desnutrição. Os pacientes apresentaram boa resposta ao tratamento durante a hospitalização, tendo ocorrido alta com resolução total ou parcial do quadro em 95,6% e somente um óbito (4,4%). **Conclusão** • Apesar da má adesão ao tratamento proposto, a TARV evidencia benefícios através do baixo índice de mortalidade no presente artigo. Os resultados indicam que a principal estratégia para uma redução mais significativa de hospitalizações em nosso meio é o desenvolvimento de programas interdisciplinares e instrumentos focados na melhoria da adesão à TARV envolvendo os familiares/cuidadores de crianças com infecção pelo HIV/AIDS. **Agradecimentos** • Em especial a Deus e à instituição pela oportunidade de realizar um estudo relevante para humanidade.

P-158

Síndrome da zika congênita e eventração diafragmática: existe relação entre as duas patologias?

Camila de Moraes Salviato,¹ Renata Artimos de Oliveira Vianna, Patrícia da Silva de Paula,¹ Luis Antonio Bataglin Dalcastel,¹ Fabiana Rabe Carvalho,¹ Lais de Freitas Sales,¹ Paulo Leandro de Almeida,¹ Pitter Dias Damasceno,¹ Lisieux Eyer de Jesus,¹ Claudete Aparecida de Araújo Cardoso¹

¹Universidade Federal Fluminense

Introdução • A síndrome da zika congênita (SZC) ocorre pela infecção intraútero do vírus zika, que é neurotrópico, provocando alterações no sistema nervoso central, como microcefalia, além de outras malformações, como deformidades ósseas e anormalidades oculares. A eventração diafragmática é uma elevação anormal do músculo diafragmático, podendo ser uni ou bilateral, produzindo um movimento paradoxal. É rara e pode ser adquirida por traumas, tumores, infecções, ou ser congênita, por desenvolvimento incompleto do músculo ou anormalidade do nervo frênico. **Descrição do caso** • D. L. A. G., masculino, apresentou diagnóstico de microcefalia grave ao nascimento (perímetro cefálico = 29 cm) e história de exantema materno no primeiro trimestre de gestação, em dezembro de 2015. Na época, não fez investigação laboratorial para zika. Evoluiu logo após o nascimento com disfagia grave, sendo necessária gastrostomia com 1 mês de vida. Ao exame clínico apresentava irritabilidade, hipotonia axial, tetraparesia espástica e epilepsia, além de hiperpigmentação e atrofia macular no olho esquerdo. A tomografia e a ressonância de crânio evidenciaram displasia cortical, calcificações nos núcleos da base e córtex, hipoplasia do corpo caloso e núcleos da base e tálamo. Realizou-se RT-PCR para zika ao nascimento da criança e o resultado foi negativo, sendo o diagnóstico da SZC baseado em critérios clinicoepidemiocorradiológicos. Criança e mãe apresentaram *screening* sorológico negativo para STORCH. Com 4 meses de vida foi internado com taquipneia, sendo diagnosticado eventração diafragmática da hem cúpula esquerda, com correção cirúrgica em 1/2017. **Discussão** • Trata-se de paciente com SZC com acometimento neurológico grave e diagnóstico através de radiografia de tórax da eventração diafragmática sintomática. A eventração diafragmática é uma patologia rara, majoritariamente assintomática. Em um estudo prospectivo com 87 casos de SCZ, os autores detectaram três casos com SCZ que apresentaram paralisia diafragmática, levantando-se a hipótese se a SCZ pode levar também a afecções diafragmáticas. **Conclusão** • Sendo a SZC uma doença recente, com lacunas em sua patogenia, e a eventração diafragmática uma doença rara, é importante valorizar esta apresentação clínica conjunta e ficar atento para outros relatos concomitantes, visando avaliar a potencial relação entre as duas patologias. **Agradecimentos** • À UPC-Huap-UFF e ao Lamap-Huap-UFF.

P-162

Zika vírus e reflexos na gravidez e no feto

Mariana Brito Dumas,¹ Beny Binensztok,¹ Daniela Ferreira Faria,¹ Giovanna Chalom,¹ Larissa Pugliese Muniz¹

¹Fundação Técnico-Educacional Souza Marques

Introdução • A zika é uma doença exantemática com primeiro caso brasileiro relatado em 2015. Seu agente etiológico é o vírus Zika, flavivírus transmitido pelo *Aedes aegypti*, mosquito transmissor de dengue, *chikungunya* e febre amarela. Somente 18 das infecções humanas resultam em manifestações clínicas, como exantema maculopapular, febre baixa, artralgia, mialgia, cefaleia e hiperemia conjuntival. Os casos graves ocorrem em gestantes, especialmente no primeiro trimestre, capazes de transmitir via transplacentária, contaminando também o feto. Possíveis complicações incluem aborto, natimorto e malformações de SNC, principalmente a microcefalia. De acordo com a OMS, um nascido vivo possui microcefalia quando seu perímetro cefálico é menor que dois desvios-padrão do que a referência para sexo, idade ou tempo de gestação. O valor determinado pela OMS é igual ou inferior a: 31,9 cm para meninos e 31,5 cm para meninas nascidos a termo. **Objetivo** • Apresentar os efeitos do Zika vírus na gestação e no desenvolvimento do feto. **Método** • Constitui-se de uma revisão da literatura na qual foram utilizados artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do SciELO e do Google Scholar, utilizando publicações científicas dos anos de 2015 e 2016 que empregaram os termos: Zika vírus, feto, gravidez e microcefalia.

Discussão • No Brasil, em 2015, houve aumento inesperado de casos de zika, que foi acompanhado do crescimento das notificações pelo Sinasc de recém-nascidos com microcefalia. Os principais fatores de risco para desenvolvimento de microcefalia estariam relacionados ao retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, índice de Apgar insatisfatório e baixo nível socioeconômico. Dentre as principais consequências possíveis ao feto, destacam-se, além da microcefalia, as alterações oculares. Já entre os órgãos/sistemas com as maiores frequências de envolvimento, evidencia-se o osteomuscular, nervoso, olho, ouvido, face e pescoço. A partir dessa análise de dados, pode-se dizer que existem evidências da transmissão transplacentária do vírus. A microcefalia e as alterações oculares se mostram como as mais importantes complicações perinatais desta patologia. **Conclusão** • Assim, pela complexidade dos casos, torna-se necessária uma assistência desses bebês, que deve ser realizada por equipe multidisciplinar periodicamente, e uma melhora no controle vetorial nos municípios infestados com *Aedes aegypti*.

P-169

Artrite séptica por salmonela

Marcella Baiao Bruno,¹ Paloma Fernandes Coelho,¹ Katia Farias e Silva,¹ Patrícia Carvalho Batista Miranda,¹ Karolina Pereira Rubim dos Santos,¹ Lucas Dunkel Simões de Oliveira,¹ Gustavo Borges Coelho,¹ Yago Antunes de Barros,¹ Luana Moraes de Lima¹

¹Hospital Municipal Miguel Couto

Introdução • Artrite séptica consiste na invasão bacteriana do espaço articular com consequente inflamação. Sua principal etiologia é o *Staphylococcus aureus*, seguido por *Streptococcus* sp. e bacilos gram-negativos (*Enterobacter* sp., *Pseudomonas* sp., *Salmonella* sp.). **Descrição do caso** • Y. L. R. D., 5 anos, pardo, sexo masculino, admitido no serviço apresentando febre alta intermitente há 15 dias, vômitos e diarreia. Evoluindo há três dias com dor e edema em joelho direito, dificuldade de deambulação e limitação do movimento. Hemograma na admissão evidenciou 22.700 leucócitos com desvio para esquerda e PCR 8,2, radiografia de joelho direito sem alterações e PPD não reator. Diante do diagnóstico clínico de artrite séptica foi realizado desbridamento cirúrgico com coleta de material para cultura. Iniciada antibioticoterapia com oxacilina e clindamicina, porém com febre mantida. Após resultado de cultura do líquido sinovial mostrando presença de *Salmonella* sp., o tratamento foi substituído por piperacilina tazobactam, mantendo a vancomicina. Entretanto, a febre persistia. Iniciou-se meropeném, que se mostrou eficaz com melhora da febre e do quadro geral, sendo mantido por 34 dias. Recebeu alta após dois meses de internação sem sequelas. **Discussão** • Artrite séptica caracteriza-se por ser geralmente aguda, monoarticular, de grandes articulações como joelho e quadril, com sinais flogísticos intensos e limitação de movimento da articulação acometida. A febre pode estar ausente e o início insidioso. O diagnóstico é baseado no isolamento da bactéria no líquido sinovial ou em hemocultura de pacientes com características clínicas típicas, além de velocidade de hemossedimentação e PCR geralmente elevadas. Embora a radiologia não contribua para o diagnóstico precoce, sua realização é importante para determinar o grau de comprometimento inicial da articulação, além da avaliação do sucesso do tratamento. O tratamento consiste na drenagem articular e antibioticoterapia. A escolha do antibiótico inicial deve seguir o resultado da bacterioscopia. A duração do tratamento depende da resposta clínica do paciente, sendo em geral de duas a quatro semanas. **Conclusão** • A artrite séptica deve ser sempre considerada como hipótese diagnóstica para que seu tratamento tenha início precoce. Etiologias incomuns devem ser lembradas para que o tratamento seja efetivo, evitando internações prolongadas e sequelas.

P-174

Síndrome de Gianotti Crosti: relato de caso clínico

Luciana Schneider,¹ Vivian Fichman Monteiro de Souza¹

¹Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy

Introdução • A síndrome de Gianotti Crosti constitui uma patologia pouco reportada por tratar-se de uma doença benigna, autolimitada e que geralmente cursa com bom estado geral, cujo principal agente etiológico é o vírus Epstein-Barr. Noventa por cento (90%) dos casos ocorrem em crianças menores de 4 anos e se caracterizam por pequenas lesões papulovesiculares, não pruriginosas, que acometem face, nádegas e superfícies extensoras de braços e pernas, mas poupam tronco. O diagnóstico é clínico e o tratamento expectante. **Descrição do caso •** Paciente feminina, 1 ano e 5 meses, com múltiplas pápulas eritematosas monomórficas pruriginosas em face e membros, em bom estado geral, após 12 dias de evolução. Múltiplas imunizações (hepatite A, VOP, tríplice viral, rotavírus, DTp e varicela) há duas semanas. Internada para investigação, cujos exames laboratoriais revelaram leve leucocitose e aumento discreto do PCR. Fez uso de cefalexina, anti-histamínico e corticoide oral, sem sucesso. Foi realizada biópsia excisional – *punch*, com resultado compatível com dermatovirose, sem descarte de farmacodermia. **Discussão •** Trata-se de patologia benigna, cujas lesões populares poupam tronco e não respondem ao uso de agentes antimicrobianos, anti-inflamatórios e antialérgicos. Portanto, cuja evolução distingue da de outros diagnósticos diferenciais da síndrome de Gianotti Crosti como: histiocitose, líquen plano, estrófulo, eritema multiforme, reação medicamentosa, dermatite atópica e urticária. A biópsia revela dermatofitose, mas não exclui farmacodermia, sendo esta compatível com a informação de múltiplas imunizações concomitantes. **Conclusão •** Dessa forma, embora o agente causal não tenha sido detectado, pode-se concluir que se trata de um caso de síndrome de Gianotti Crosti causado por agente infeccioso ou imunizações.

P-178

Síndrome hemolítico-urêmica: a importância do diagnóstico precoce – Relato de caso

Matheus Oliveira Ribeiro,¹ Ellem Ramos Ferreira Ribeiro,¹ Claudemir Bragança Rodrigues¹

¹Hospital Unimed Campos

Introdução • A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) é uma doença grave, caracterizada principalmente por início agudo com anemia hemolítica microangiopática, insuficiência renal e trombocitopenia. Tais sintomas podem ter ocorrência posterior ou não a episódio de diarreia, geralmente sanguinolenta. Embora sua ocorrência esteja relacionada a diversos determinantes, como formas hereditárias da doença, administração de medicamentos e patógenos variados, a infecção por *Escherichia coli*, produtora de Shiga toxina (STEC), consiste na principal causa de SHU. **Descrição do caso •** 10 anos, feminino, com quadro de dor abdominal, vômitos e diarreia, inicialmente tratadas como gastroenterite aguda. Após cinco dias evoluiu com hematoquezia e no sexto dia apresentava-se prostrada, pálida e anúrica, sendo atendida na emergência e encaminhada para internação hospitalar. Ao exame: cooperativa, escala de coma de Glasgow: 15, acianótica, anictérica, pálida, edemaciada, afebril, queixando-se de dor abdominal. Aparelho cardiovascular: RCR2T, BNF, pulsos amplos e simétricos, FC: 100 bpm, PA: 136 x 79 (98) MMHG. Aparelho respiratório: MVAU S/RA, sem esforço, FR: 18 IPM SOT2: 100. Abdome: globoso, flácido, doloroso, peristalse reduzida, fígado no RCD, sem sinais de peritonite. Membros inferiores: edema +/-4, altura dos joelhos, panturrilhas livres. Exames: leucócitos: 13.300, plaquetas: 59.000, PCR: 61 (referência: 6), hemoglobina: 9,5, hematócrito: 28,2. NA: 129, K: 4,5, CA: 7,6, UR: 146, CR: 4,4, TGO: 331, TGP: 217, LDH: 7.249. C3 E C4 normais / FAN e anti-DNA não reativo. EAS: hematúria. Esquizócitos observado em lâmina de sangue periférico. **Discussão •** Diante do quadro clínico e laboratorial, a presença de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e injúria renal, foi realizado diagnóstico de síndrome hemolítico-urêmica. Iniciado furosemida, com pouca resposta após 48h, evoluindo com necessidade de diálise. Realizada hemodiálise por seis dias. Após 14 dias de internação, evoluiu com melhora gradual da plaquetopenia, anemia hemolítica e recuperação da função renal. Recebeu alta em uso de furosemida e encaminhada para acompanhamento ambulatorial com nefropediatra. **Conclusão •** A síndrome hemolítico-urêmica (SHU) é uma doença grave, responsável por 0,2-4,28 casos/100.000 de falência renal aguda na população pediátrica mundial. Tendo em vista os danos sistêmicos que podem ser causados devido à falência renal aguda, é de suma importância seu diagnóstico, a fim de que as medidas de suporte renal possam ser iniciadas o mais precocemente possível.

P-189

Mononucleose infecciosa: um clássico que ainda confunde

Tabatha Pires Chagas Braga,¹ Clarissa Pereira e Pádua,¹ Carlos Hamilton Souto Vasques¹

¹Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

Introdução • A mononucleose infecciosa é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV) caracterizada por um processo linfoproliferativo multissistêmico, benigno e autolimitado, porém de alta incidência na população mundial. Apesar de muito comum, seus sinais e sintomas ainda geram confusão e levam a diagnósticos equivocados no início da condução dos casos. **Descrição do caso** • Escolar, 7 anos, previamente hígido, apresentou desconforto ocular, odinofagia e edema no pescoço por quatro dias. Evoluiu com febre e edema eritematoso periorbitário à esquerda. História de congestão nasal duas semanas antes. Ao exame físico, apresentava aparente celulite periorbitária, hiperemia e exsudato amigdalinos, linfonodomegalia em cadeias cervicais e inguinal unilateral, presença de placa ovalada e policíclica em coxa direita com bordas eritematosas e centro hipocrômico, com discreta descamação, não pruriginosa. Não apresentava visceromegalias. Na investigação para linfonodomegalia generalizada, foram encontrados os seguintes resultados: linfocitose com atipia linfocitária exuberante na hematoscopia de sangue periférico, elevação discreta de transaminases, esplenomegalia discreta na ultrassonografia, anticorpos IgG e IgM para vírus Epstein-Barr reagentes. Pelos achados supracitados foi definido o diagnóstico de mononucleose infecciosa. **Discussão** • Apesar do caso apresentar sinais e sintomas clássicos da mononucleose infecciosa (presença de febre, faringoamigdalite, edema palpebral – sinal de Hoagland –, linfonodomegalia cervical, esplenomegalia e linfocitose com atipia linfocitária), inicialmente estes foram interpretados de maneira separada. A faringite e o edema palpebral foram vistos como morbidades bacterianas simultâneas, sendo realizada antibioticoterapia, e a linfonodomegalia foi interpretada como reacional. Neste caso, apesar do uso de betalactâmicos, não houve surgimento do clássico exantema. A lesão dermatológica apresentou exame micológico direto negativo, sendo um provável eritema anular centrífugo, lesão rara, associada a diversas etiologias, incluindo infecção por EBV. A história de congestão nasal antecedendo o quadro pode ter sido um fator confundidor, visto que a presença de pródromos catarrais falaria contra mononucleose infecciosa. **Conclusão** • Na condução de um escolar com quadro clínico caracterizado por febre, linfadenomegalia cervical e faringoamigdalite, deve-se sempre suspeitar de mononucleose infecciosa. A presença dos outros achados, quando não bem conhecidos, podem confundir o examinador e levar a tratamentos e intervenções desnecessárias.

P-196

Linfadenopatia fistulizada em adolescente: considerar o diagnóstico de tuberculose ganglionar

Letícia Martins Guedes,¹ Alandra Cunha e Oliveira,¹ Márian Provazi Orioli,² Thiago Basso Ramos,¹ Luciano Rodrigues Costa,¹ Mateus de Castro Honorato,¹ Luiz Sérgio Crédito Junior¹

¹Centro Universitário de Volta Redonda

²Neovida

Introdução • A tuberculose ganglionar é a principal forma extrapulmonar na infância, com frequência de 67%. Os linfonodos mais acometidos são os cervicais (63-77%), podendo também afetar gânglios supraclaviculares, axilares, torácicos e abdominais. A cadeia linfática cervical, em 25-35% dos casos, é a única manifestação e geralmente unilateral, apresentando-se como linfonodomegalias indolores, endurecidas de progressão insidiosa. Entre 10 e 35% dos casos pode haver fistulização. Apesar da facilidade da realização dos métodos radiológicos, eles são inespecíficos. A clínica do paciente e a história epidemiológica da região são os aspectos mais importantes para estabelecer o diagnóstico essencialmente clinicopidemiológico. A base do tratamento é a terapia antimicobacteriana. **Descrição do caso** • Adolescente, masculino, 13 anos, apresentando linfadenopatia fistulizada em cadeia cervical média à esquerda há um mês e dez dias. Presença de linfonodomegalia cervical à direita, axilar e inguinal bilateralmente, sem sinais flogísticos. Refere uso prévio de antibioticoterapia, sem melhora. Pai com história de má adesão ao tratamento para tuberculose. Sorologia para HIV negativa. Com prova tuberculínica e história epidemiológica positiva iniciou-se tratamento com o esquema rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol durante dois meses, seguido de rifampicina e isoniazida por quatro meses. O paciente evoluiu com melhora da fistula e o pai encaminhado para tratamento. **Discussão** • A dificuldade do diagnóstico de tuberculose ganglionar deve-se à variabilidade das suas manifestações clínicas. Os sintomas clássicos podem estar ausentes, os achados no exame físico e laboratorial, muitos, inespecíficos, além da grande quantidade de diagnósticos diferenciais. Portanto, um elevado índice de suspeição associado a anamnese e exame físico cuidadosos tornam-se imprescindíveis para o diagnóstico definitivo. Os dados encontrados foram comparados com a literatura, apresentando correspondência, à exceção do comprometimento bilateral, pois é mais descrito o unilateral. **Conclusão** • A tuberculose é um problema de saúde pública no Brasil, com alta incidência e má adesão ao tratamento. Além disso, a baixa condição socioeconômica da população é fator importante de vulnerabilidade à doença. Diante de linfadenopatias cervicais na população pediátrica, o diagnóstico de tuberculose ganglionar torna-se imponente. É necessária a realização do diagnóstico e tratamento precoce, somados a programas educativos em saúde por profissionais da área e autoridades governamentais.

P-197

Infecção estafilocócica com acometimento de múltiplos focos: um relato de caso

Najla Ximenes,¹ Marcelle Sappi,¹ Maria Fernanda Melo Motta¹

¹Rios D'Or

Introdução • *Staphylococcus aureus* é o causador mais comum de infecção piogênica da pele e tecidos moles. A bacteremia é comum e a disseminação hematogênica é frequente. **Descrição do caso** • Escolar, 7 anos feminina, admitida com quadro de febre alta que evoluiu em dois dias com dor em joelho e após avaliação pela ortopedia foi indicada internação para investigação. Referia trauma 15 dias antes com lesão puntiforme em joelho direito. Havia dor em coluna lombar e em joelho, com posição de abdução do quadril e flexão da perna, limitação de extensão do membro por dor na face posterior da coxa com boa mobilidade de quadril e dor à palpação do joelho sem flogose com lesão crostosa puntiforme. Após quatro dias de iniciada oxacilina retornou febre, dor em ombro e região paravertebral direita e dispneia. Após rastreio infeccioso, trocado esquema para vancomicina e clindamicina. Novos exames de imagem mostraram líquido livre na pelve, sem derrame articular, além de infiltrados pulmonares, derrame pleural, coleção líquida adjacente ao músculo semitendinoso direito, coleção hipodensa no mediastino, nefrograma heterogêneo e fígado com impregnação heterogênea pelo contraste. Realizada punção da coleção da perna devido ao menor risco de complicações, na tentativa de identificação do patógeno, sem sucesso. Ao final do tratamento houve normalização dos exames laboratoriais e de imagem. **Discussão** • Grande parte da população possui derme colonizada pelo *S. aureus*, sendo o MRSA de comunidade cada vez mais frequente. O trauma possivelmente ocasionou invasão do patógeno, não identificado na cultura do líquido pelo tempo de antibioticoterapia prévia. Entretanto, exames de controle evidenciaram resolução das coleções com cobertura para estafilococcia por *S. aureus* CA-MRSA. Artrite séptica foi aventada devido à posição antálgica da paciente na admissão, mas descartada após constatada mobilidade articular preservada. Miosite foi descartada após exames laboratoriais e evolução clínica. **Conclusão** • As infecções estafilocócicas de tecidos moles devem sempre ser consideradas em quadros febris com dores em membros associadas, especialmente havendo história prévia de trauma e descartando-se acometimento articular. Com resposta insatisfatória ao tratamento com oxacilina, deve-se pensar na possibilidade de infecção por CA-MRSA.