

PE-033 - TUBERCULOSE PLEURAL NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

Lauren Bueno Fernandes¹, Jéssica Taíse Hüller Goergen¹, Raíssa Ferreira Queiroz¹, Náataly da Silva Prietsch¹, Júlia Goin de Moraes¹, Lara Farias Monteiro¹, Nicolly Dal Agnol¹, Ana Luísa Poletto¹, Larissa Hallal Ribas¹, Paula Trevisol Greque¹

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

Introdução: A tuberculose (TB) pleural é a infecção da pleura pelo bacilo de Koch, causada por reação de hipersensibilidade tardia a micobactérias ou por ruptura de um foco subpleural de doença pulmonar. A incidência na infância abrange de lactentes a adolescentes e tem maior taxa de mortalidade em relação aos adultos. **Relato de caso:** Menina, 7 anos, quadro clínico de febre (38-38,5°C) associada a dor abdominal e cefaleia. Negava sintomas respiratórios, porém tinha história de ingestão de corpo estranho. Foi solicitado RX de tórax evidenciando pneumonia e US de tórax, o qual mostrou derrame pleural à direita, sendo iniciado Ceftriaxone e Oxacilina. Pneumologista associa clínica com radiologia e suspeita de TB. Em TC de tórax, foi detectado derrame loculado, sendo realizada toracocentese diagnóstica e drenagem do tórax. Análise do líquido pleural apresentou proteína de 5,2, glicose reduzida e pleocitose com predomínio de mononucleados. Iniciado tratamento com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida (RHZ). A prova tuberculínica (PPD) foi de 16 mm. Recebe alta da UTI em uso de RHZ, Ceftriaxone e Oxacilina com boa evolução clínica. **Discussão:** TB pleural deve ser considerada em crianças não toxêmicas que apresentam derrames pleurais. A clínica da tuberculose na infância é inespecífica, dificultando a suspeita e protelando o diagnóstico. O Ministério da Saúde aprovou sistema de pontuação resumido a 4 pilares sendo que 3 já indicam diagnóstico: clínica do paciente, contágio com grupo de risco, RX de tórax e o Teste Tuberculínico. A análise do líquido pleural também pode ser usada para confirmar suspeita. Contagem de células nucleadas geralmente demonstra 1.000 a 6.000 células/mm³, com linfócitos em 60% a 90% dos casos nas fases subaguda e crônica da inflamação. O tratamento deve ser realizado com três drogas nos pacientes menores de 10 anos: rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z), por um período de seis meses. R e H por seis meses associados a Z nos dois primeiros meses. Este relato tem objetivo de mostrar a importância de reconhecer essa doença. Os derrames parapneumônicos estão associados a infecções bacterianas típicas, mas também podem ser causados por vírus, fungos e tuberculose, como no caso. Além disso, é a segunda forma mais comum de tuberculose extrapulmonar, depois do envolvimento linfático. Destaca-se a importância da investigação e diagnóstico precoce para realizar tratamento adequado.

PE-034 - OSTEOMIELOTE NEONATAL: UM RELATO DE CASO RARO

Jaqueline Yonara da Silva Galhardo¹, Luiza Ribeiro Matos¹, Greta Santos Zaffalon¹, Juliane Halinski Correa¹, Katarina Bender Boteselle¹, Maria Michelle Ferreira Rodrigues¹, Isabel Fernandez Dias¹, Olyvia Nunes Derner, Larissa Hallal Ribas¹, Paula Trevisol Greque¹

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

Introdução: Osteomielite neonatal, embora rara, representa condição grave e demanda abordagem clínica e terapêutica precisa e imediata, pois a antibioticoterapia precoce modifica a perspectiva de lesão definitiva. Esta patologia apresenta desafios únicos no diagnóstico e tratamento dada a apresentação clínica variada e à imaturidade do sistema imune do recém-nascido (RN). Agentes mais comuns são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo B e *Escherichia coli*. **Relato de caso:** RN, masculino, nascido a termo de parto vaginal, admitido em unidade semi-intensiva pós-nascimento por taquipneia transitória do RN e icterícia neonatal, com rastreio de sepse negativo e bilirrubinas elevadas, necessitando fototerapia simples por 2 dias, com exames de controle bons e recebendo alta hospitalar. Consultou aos 16 dias de vida por queixa de edema, dor e redução da mobilidade no joelho direito há 1 dia, associado à inapetência e choro fácil. Ao exame físico apresentava bom estado geral, ventilação espontânea e hemodinamicamente estável. Tomografia computadorizada da coxa direita mostrou lesão osteolítica, destruição da cortical óssea e invasão dos tecidos moles adjacentes em extremidade distal do côndilo femoral lateral. Exames laboratoriais mostraram aumento de proteína C-reativa e leucocitose com desvio à esquerda. Realizado interconsulta com Traumatologia e iniciado antibioticoterapia com Oxacilina + Ceftazidima, por hipótese de osteomielite neonatal. Em hemocultura periférica foi isolado *Staphylococcus epidermidis*, trocado esquema para Vancomicina, mantido por 28 dias. Recebeu alta após 35 dias para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Caso apresentado corrobora com literatura existente sobre patologia. Observa-se importância de diagnóstico precoce, visto que, se não tratada, pode acarretar sequelas como amputação de membros, diminuição da mobilidade e óbito. Osteomielite é rara em neonatos, com incidência de 1/20.000 casos. Como visto no relato, patologia atinge com maior frequência metáfises de ossos longos e RN prematuros devido ao sistema imune imaturo e apresenta-se com sinais flogísticos locais precedendo a sepse. Tratamento deve ser realizado com antibioticoterapia precoce de largo espectro, favorecendo prognóstico. Seguimento a longo prazo é obrigatório visando detectar sequelas, possíveis lesões em cartilagem de crescimento e instituir manejo oportuno.