



22º CONGRESSO BRASILEIRO DE
**INFECTOLOGIA
PEDIÁTRICA**
17º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE
VACINAS
Curitiba-PR

**08 A 11 DE
NOVEMBRO**

 **Viasoft Experience**
Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza,
5300 - Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR



Trabalhos Científicos

Título: Infecção Pelo Vírus Sincicial Respiratório: Um Alerta Para As Apresentações Extrapulmonares

Autores: CLAUDIA FERREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), IRACY DE OLIVEIRA ARAUJO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), KARINA LUZ CAVALCANTI RODRIGUES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), ALFREDO MENESES NETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), ANA CAROLINA MOREIRA C ALMEIDA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), ANA SEPHORA COSTA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), LUCIANA FARRAPEIRA ASSUNÇÃO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), RENATA CAVALCANTE BEZERRA MENEZES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), MYRTSON GURGEL MENDONÇA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ), KATIA CAROLINA V C OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ)

Resumo: A infecção pelo vírus sincicial respiratório(VSR) é a principal causa de infecção respiratória baixa nas crianças menores de 2 anos de idade, porém suas manifestações clínicas não se limitam ao trato respiratório baixo. Há relatos de comprometimento em outros órgãos e com gravidade variada, inclusive levando a óbito. Lactente de 1mês e 17 dias, masculino, encaminhado com história de tosse e dispneia há 2 dias e diagnóstico de bronquiolite viral aguda. Relato de prematuridade(33semanas) e uso de oxigênio por uma semana após o nascimento. Teste do pezinho normal. Trazia pesquisa rápida de antígeno SARSCoV-2 negativa, leucograma com 6320 leucócitos e 55% de linfócitos, plaquetas 596.000, PCR 0,85 mg/l (normal) e RX de tórax com retificação de arcos costais. Apresentava taquidispneia, tiragem subcostal e intercostal, tempo expiratório prolongado, porém saturação de oxigênio de 100% em ar ambiente. Evoluiu na enfermaria com desconforto respiratório progressivo e queda da saturação, sendo necessário oxigenioterapia, lavagem nasal, salbutamol aerossol e corticoide. Admitido na unidade de terapia intensiva pediátrica(UTIP) no sexto dia de internamento para realizar ventilação não invasiva(VNI), porém não respondeu e foi intubado nas primeiras 24h de UTIP. RT-PCR em tempo real positivo para vírus sincicial respiratório(VSR). RX mostrou atelectasia de todo pulmão esquerdo com desvio do mediastino para a esquerda. Evoluiu com hipotensão e necessidade de adrenalina contínua em dose inotrópica, interpretada como miocardite, hiponatremia(129), que pode acontecer em 33% dos pacientes, hepatite (aspartato aminotransferase (AST) de 2877 e alanina aminotransferase (ALT) de 1037, podendo acontecer em 49% dos pacientes. Apresentou injúria renal aguda(creatinina triplicou e fluxo urinário menor que 1ml/kg/h), síndrome respiratória aguda grave e parâmetros altos de ventilação mecânica. Fez também plaquetopenia (mínimo de 6.000), hiperleucocitose (91.800), com resolução espontânea e simultânea destas alterações em 3 dias. Fez tratamento para infecção relacionada a assistência à saúde (IRAS), porém alterações sistêmicas descritas anteriormente ocorreram quando o menor estava melhorando da infecção. Alta da UTIP após 34 dias de internamento hospitalar.Revisão de prontuárioDiante da hipotensão e aumento expressivo da AST foi considerada a possibilidade de miocardite, porém não foi possível a realização do ecocardiograma e troponina para a confirmação.Este caso vem ressaltar a gravidade das manifestações extrapulmonares em uma criança infectada pelo VSR, seu potencial para evolução fatal, enfatizando a importância do diagnóstico para intervenções adequadas. Vem corroborar também a importância dos custos desta infecção, pois o menor teve internamento prolongado em UTI, reforçando com isso a necessidade da prevenção, não só com a mudança do ponto de corte para administração do palivizumabe, como implementação de vacinas para evitá-la.