



## Trabalhos Científicos

**Título:** Síndrome De Ativação Macrofágica Em Paciente Com Artrite Idiopática Juvenil: Relato De Caso

**Autores:** YNGRA BASTOS MESQUITA MINORA DE ALMEIDA (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), RHAISSA HOLANDA DE ARAÚJO (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), DANIELLE RODRIGUES LEAL (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), ZELINA BARBOSA DE MESQUITA (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), IZABEL RIBEIRO DA CUNHA LIMA (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), DÉBORAH GOIS DE AMORIM LAFAYETTE (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), AMANDA OLIVEIRA MAGALHÃES (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), GABRIELLA AGUIAR SANTOS (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), JULIANA DIAS PEREIRA GOMES DE MATTOS (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP), GABRIELA DE MENEZES NUNES (INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA - IMIP)

**Resumo:** INTRODUÇÃO: A artrite idiopática juvenil sistêmica (AIJ) é uma doença inflamatória crônica caracterizada por febre diária, erupção cutânea e artrite. A síndrome de ativação macrofágica (SAM) é uma complicação potencialmente fatal da doença, ocorrendo em 7-13 dos pacientes com AIJ sistêmica. Os critérios da SAM englobam: febre tendo AIJ ou suspeita de AIJ com ferritina 684 ng/ml e dois dentre: plaquetas 181.000/L, TGO 48 u/L, triglicérides 156 mg/dL, fibrinogênio 360 mg/dL. Este caso visa descrever SAM decorrente de infecção respiratória e a importância do seu rápido reconhecimento. DESCRIÇÃO DO CASO: MVS B, 7 anos, feminino. Queixa de artrite, febre, tosse, dor torácica e cansaço há 4 dias. Diagnóstico prévio de AIJ, em uso de metotrexato, ácido fólico, prednisona, indometacina e omeprazol. Exame físico da admissão sem alterações. Laboratório: Hb: 11.4, Ht: 34.1, plaquetas: 476.000, leucócitos: 30.700 com 6 de bastões e 82 de segmentados, PCR160, VHS: 38. Sugerida hipótese de febre secundária à reativação da doença e infecção respiratória associada. Iniciado oxacilina e ceftriaxona e após isso modificado esquema para vancomicina e cefepime por ausência de melhora clínica. Realizado ecocardiograma: perimiocardiopatia e insuficiência cardíaca. Iniciado furosemida e captopril. Evoluiu febril e taquidispneica, com surgimento de petéquias. Levantada hipótese de SAM. Novos exames: ferritina: 1650, triglicérides: 193, fibrinogênio: 359, plaquetas: 57.000, Hb: 9.4, Ht: 30,3, TGO: 168, DHL: 1326, leucócitos: 18.500, bastões: 2, segmentados: 89. Realizada pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia por 3 dias. Mielograma no segundo dia de pulsoterapia mostrou atividade hemofagocítica. Paciente evoluiu com melhora do quadro clínico e de exames laboratoriais. DISCUSSÃO: Na AIJ, infecções são gatilhos para agudização da doença. Pericardite aguda é complicação comum. Miocardite é condição rara e potencialmente fatal. Pancitopenia súbita pode indicar SAM. A histopatologia de SAM pode não estar presente. CONCLUSÃO: Reconhecer SAM e definir tratamento rapidamente contribui para recuperação do paciente.