

## Trabalhos Científicos

**Título:** Infecção Por Mycoplasma Pneumoniae Como Diagnóstico Diferencial De Gengivoestomatite Herpética – Um Relato De Caso

**Autores:** MARIANA FABRINI GOMES (UFSC), CAROLINA HENCKE (UFSC), ILIA REIS DE ARAGÃO (UFSC)

**Resumo:** A infecção por *M. pneumoniae* (MP) é comum em pacientes pediátricos, com incidência maior em escolares. Nos últimos 10 anos, tem-se estudado as manifestações extrapulmonares do patógeno, dentre elas, as mucocutâneas a serem aqui discutidas. Paciente feminina, 8 anos, com histórico recente de tosse seca, febre, prostração e lesão ulcerada em lábio inferior, evoluiu com piora clínica. Em radiografia de tórax evidenciou-se pneumonia adquirida na comunidade (PAC), encaminhada para tratamento. No dia da internação, apresentava lesões labiais com crostas hemáticas, ulceradas e aftosas, associadas a edema labial 3+/4+. Considerando diagnóstico de pneumonia e hipótese de gengivoestomatite herpética, iniciou tratamento com penicilina e sintomáticos. No 2º dia, por conter lesões sem aspecto típico de lesões herpéticas, foi prescrito macrolídeo endovenoso e coletado sorologia para MP e PCR para herpes vírus tipos 1 e 2 para diagnóstico diferencial com mucosite induzida por micoplasma (MIRM). No 4º dia, teve rash eritematoso após a medicação, que foi suspensa por suspeita de reação alérgica. Reiniciou-se penicilina. Após 72h de penicilina endovenosa (EV), sem nova melhora clínica, obteve-se resultado positivo para MP (IgM e IgG), retomando tratamento, agora via oral, com boa aceitação. Retornou para reavaliação 2 dias após término do tratamento com melhora significativa das lesões. Na ocasião, foi obtido resultado negativo para herpes vírus tipos 1 e 2. O MP, bactéria gram-positiva, é um dos principais causadores de PAC em pediatria (1). Com aumento recente na incidência de casos, apresenta manifestações extrapulmonares em até 25% dos pacientes (2). O quadro clínico inclui febre, tosse seca, astenia, dispneia, cefaleia e odinofagia (2). Como as manifestações extrapulmonares são pouco conhecidas, as lesões da paciente foram avaliadas como gengivoestomatite herpética. No entanto, tais lesões possuem aspecto vesicular (3), diferente das lesões da paciente. Com epidemiologia para MP e 4 dos 5 critérios para MIRM, foi considerado o diagnóstico de MIRM e iniciada a terapêutica. Durante a internação, o macrolídeo foi suspenso por suspeita de alergia, mas retomado após o resultado positivo de sorologia para MP, com boa tolerância. O tratamento foi feito com Azitromicina 10mg/kg/dia por 5 dias, primeira escolha contra o patógeno (2), apesar de a terapêutica ser controversa, podendo variar quanto à dose e tempo de tratamento. Casos graves ou sem aceitação via oral podem ser tratados via parenteral (2,4). Conclusão: Com o caso relatado, conclui-se que o quadro de MIRM é uma entidade clínica recente, de manejo conhecido. Por ser pouco difundida, podem ocorrer alterações no tratamento, dificultando o seguimento. Sendo assim, é fundamental reforçar o conhecimento sobre as manifestações extrapulmonares do microrganismo, para o tratamento adequado dos sinais e sintomas. Os exames laboratoriais são importantes nestes casos, pois corroboram para a confirmação diagnóstica.