



22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Nem Sempre É Uma Única Doença: Febre Reumática E Tuberculose Pleural Concomitantes - Desafio Diagnóstico Na Infância

Autores: LUDMILA XAVIER PEREIRA LOPES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), APRISCLA MENDES COSTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), IAGO STORCH BASTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), LAURA MARIA DIAS BENFICA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), MERCY JUSTIN MORENO PINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), ISABELLA LOIOLA LIMA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), IZABELLA DOS SANTOS GOMES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), KATIA LINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), LEONARDO RODRIGUES CAMPOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF), BÁRBARA NEFFÁ LAPA E SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO-UFF)

Resumo: A febre reumática (FR) e a tuberculose pleural (TBP) são doenças prevalentes em países em desenvolvimento. A concomitância dessas condições em pacientes pediátricos é rara e apresenta um desafio diagnóstico significativo, exigindo atenção aos detalhes clínicos e laboratoriais para um tratamento adequado e prevenção de complicações. Uma pré-escolar de 5 anos, previamente hígida, apresentou odinofagia e febre em novembro, tratada com amoxicilina e clavulanato, interrompido devido a exantema cutâneo. Em janeiro, iniciou com febre noturna intermitente e, em abril, com artrite aguda no joelho direito. Duas semanas depois, foi internada com piora do quadro, apresentando taquipneia e queda do estado geral. A tomografia de tórax revelou derrame pleural e pericárdico à esquerda, além de atelectasias pulmonares. A paciente necessitou de cuidados intensivos devido à taquipneia, linfonodomegalias generalizadas e anemia, sendo hemotransfundida. Foi realizada biópsia de linfonodo inguinal que mostrou processo inflamatório reacional e toracocentese, que demonstrou líquido pleural com 289 células, predominando polimorfonucleares, caracterizando empiema. Foi realizada antibioticoterapia com cefepime, vancomicina e gentamicina, sem resposta clínica, adenosina deaminase (ADA) elevada (42,3 U/L), iniciado tratamento para TBP (RHZ). O ecocardiograma transtorácico revelou regurgitação mitral importante e valvulopatia reumática. A dosagem de ASLO (302 UI/ml) confirmou infecção estreptocócica prévia, e a paciente iniciou tratamento com penicilina benzatina 21/21 dias. Houve melhora clínica e laboratorial durante a internação, com alta hospitalar. A FR é uma doença inflamatória tardia, sequela de infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo A, diagnosticada pelos critérios de Jones, que incluem manifestações maiores (cardite, artrite, coreia de Sydenham, eritema marginatum e nódulos subcutâneos) e menores (febre, artralgia, elevação de reagentes de fase aguda e alterações eletrocardiográficas). A TBP é uma forma extrapulmonar de tuberculose que se manifesta com derrame pleural, geralmente exsudativo e linfocítico, com ADA elevada. No caso relatado, a paciente preenchia critérios para FR (cardite, febre, artralgia, aumento do PCR (5,05 mg/dL) e do VHS (94 mm/h) e ASLO elevado) e TBP (derrame pleural linfocítico com ADA elevada), indicando a concomitância das duas doenças. O tratamento da FR incluiu corticoterapia por acometimento cardíaco e profilaxia secundária com penicilina benzatina, enquanto a TBP foi tratada com o esquema RHZ (rifampicina, isoniazida e pirazinamida). Este caso ressalta a importância de considerar múltiplos diagnósticos em pacientes pediátricos com apresentações clínicas complexas. A FR e a TBP, embora distintas, podem coexistir e exigem uma abordagem diagnóstica e terapêutica abrangente. O reconhecimento precoce e o tratamento adequado são cruciais para prevenir complicações e sequelas, garantindo um bom prognóstico para o paciente.