



41º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
Pediatria
Florianópolis-SC

22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Encefalite Autoimune Em Paciente Com Diabetes Melittus Tipo 1: Um Relato De Caso.

Autores: ANA LUÍZA FONSECA SIQUEIRA (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), NICOLE ZANARDO TAGLIARI (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), JOÃO HENRIQUE CAURIO DA SILVA (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), THALES MASCARENHAS (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), EMANUELE SMANIOTTO FREDERICH (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), LETÍCIA ANTONIUK SEUS (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), GABRIELA MAYCÁ SANFELICE (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), LARA DAMIANI CABRAL (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), PALOMA DE ÁVILA OTHERO (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), GEORGIA DE ASSUNÇÃO KRAUZER (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), RODRIGO DALCANALLE GARCIA (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), LUCIANO REMIÃO GUERRA (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), RITA BEATRIZ DA SILVEIRA FRIAS (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO), SILVANA PALMEIRO MARCANTONIO (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO)

Resumo: Encefalite se caracteriza por disfunção aguda do sistema nervoso central de múltiplas etiologias, sendo autoimune a principal causa de encefalite não infecciosa, ocorrendo especialmente na faixa etária pediátrica. Feminina, 4 anos, diabética tipo 1 controlada, avaliada na emergência de hospital terciário por despertar noturno por cefaleia intensa, fala desconexa e movimento repetitivo de andar em círculo. Relato de febre persistente, vômitos e sialorréia há três dias, além de episódios de parada comportamental e incontinência esfinteriana. Ao exame, paciente confusa, desorientada e com marcha atáxica. Diante da apresentação clínica e histórico de DM1, suspeitou-se de encefalite infecciosa ou autoimune. TC de crânio sem alterações, RM de crânio indicou hipersinal T2/FLAIR no hipocampo e amígdala temporal esquerda. Análise do líquido evidenciou: proteínas 172 mg/dL, glicose 162 mg/dL, 5 células/mm, painel infeccioso por PCR negativo e bandas oligoclonais positivas. Coletado painel de encefalites autoimunes. EEG evidenciou encefalopatia difusa sem atividade epileptiforme. Paciente recebeu imunoglobulina 2 g/kg/dia durante dois dias e iniciou fenitoína. Optou-se pela imunoglobulina em detrimento ao corticoide pois a paciente permaneceu hiperglicêmica durante o quadro. Nos três dias subsequentes apresentou melhora da cefaleia e ataxia. No quarto dia após imunoglobulina iniciou ecolalia, discinesias orofaciais, piora comportamental por irritabilidade e permanência com disfunção esfinteriana. Realizado nova triagem infecciosa, sem anormalidades. Repetido RM que se demonstrou inalterada e novo EEG, agora com presença de crises eletrográficas. Os sintomas foram atribuídos à fenitoína, sendo substituída por valproato. Paciente evoluiu com melhora progressiva, recebendo alta hospitalar. Painel de encefalites autoimunes apresentou anticorpos negativos, concluindo diagnóstico de encefalite autoimune (EAI) soronegativa. EAI são descritas por sintomas psiquiátricos/comportamentais e déficit motor associados à presença de anticorpos antineuronais, embora estes não sejam obrigatórios para o diagnóstico, caracterizando EAI soronegativa, as quais correspondem 80% dos casos. Diante da suspeita diagnóstica, é indicado investigação com RM de crânio, EEG, avaliação citoquímica do líquido e anticorpos neuronais, sendo os mais comuns anti-NMDA, anti-LGI1, anti-Caspr2, anti-GABA A e B. Para excluir causas infecciosas, solicitar pesquisa para herpes simples 1 e 2 e cultura bacteriana. Na EAI, o líquido pode ser inalterado ou com elevação discreta de proteína, pleocitose linfocítica, IgG elevado e presença de bandas oligoclonais. Achados na RM incluem hiperintensidade em FLAIR ou T2. EEG costuma evidenciar alterações inespecíficas, como desaceleração focal ou generalizada e descargas epileptiformes lateralizadas periódicas (PLEDs). Na EAI provável, indica-se tratamento empírico com pulsoterapia com metilprednisolona e imunoglobulina humana endovenosa ou plasmaférese.