

## Trabalhos Científicos

**Título:** Caso De Febre De Origem Obscura Em Município Do Oeste Catarinense

**Autores:** INGRID SERRAGLIO (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), MARILIAN BASTIANI BENETTI (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), RICARDO FARIAS (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), JEAN ROBERGE (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), GRAZIELA FÁTIMA BATTISTEL (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), LARISSA SOUZA DA CRUZ COSTA (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), JULIO CESAR DE OLIVEIRA TURKOT (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), JOÃO CARLOS MENTA FILHO (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), DARA LUIZA GALEAZZI FOPPA (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), EDUARDO CARGNIN (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER), LAURA LUÍSA POMPEO (HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER)

**Resumo:** : A febre é um sinal frequentemente observado na prática clínica pediátrica, porém em alguns casos o diagnóstico etiológico não é possível na avaliação inicial. A febre de origem obscura pode ser definida como febre presente ao menos em um episódio por dia há mais de uma semana, sem etiologia definida após avaliação médica. Neste trabalho, um caso desta doença foi descrito. Criança do sexo feminino, branca, 11 anos, deu entrada em pronto-atendimento de município catarinense com quadro de febre ( $>39^{\circ}$ ) e dor abdominal de início súbito. Além disso, queixava-se de dores articulares com início há 1 mês. Realizou TC de abdome que foi sugestiva de enterocolite e adenite mesentérica. Foi administrada antibioticoterapia e tratamento de suporte, e a paciente recebeu alta, assintomática. Paciente retorna 17 dias depois da alta, devido persistência da febre e início de mialgia, dor cervical e exantema maculopapular não pruriginoso. Durante a internação evoluiu com artralgia oligoarticular migratória e edema em saco lacrimal de olho direito. No início dos sintomas, o hemograma evidenciou 15% de linfócitos reativos com leucócitos normais. Quatro dias após, paciente apresentou leucopenia com 1% de linfócitos reativos, com recuperação espontânea, sem alterações nos hemogramas subsequentes. Durante toda a internação, manteve provas inflamatórias elevadas, além disso foi reagente nas pesquisas de Beta 2 glicoproteína IgG e IgM reagente e herpes simples I e II IgM, entretanto IgG não reagente. Ecocardiograma e demais exames laboratoriais sem alterações. Avaliada por reumatologista que sugeriu doença de Still ou manifestações sistêmicas devido infecção por herpesvirus. Optado por iniciar tratamento com prednisolona oral (1mg/kg/dia). Em 48h de medicação houve remissão completa dos sintomas. Encaminhada para acompanhamento ambulatorial, e observação se haverá retorno dos sintomas após desmame da medicação. A febre de origem obscura pode ser causada por doenças infecciosas (maioria dos casos) e não infecciosas, e, muitas vezes, é apenas uma apresentação incomum de uma doença comum. A investigação deverá partir de uma anamnese e um exame físico detalhados, associados aos exames básicos, para direcionar exames mais específicos, que muitas vezes são invasivos. O conhecimento da definição de febre de origem obscura e das etapas da investigação, são essenciais para o pediatra, pois, apesar de a maioria dos casos terem resolução espontânea, nem sempre a evolução é benigna.