



22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Febre Reumática E Glomerulonefrite Difusa Aguda Como Complicações Pós-Estreptocócicas Simultâneas Em Um Paciente Pediátrico: Um Relato De Caso.

Autores: FELIPE AUGUSTO BENEVENUTO SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ), ROBERTA ORIANA ASSUNÇÃO LOPES DE SOUSA (UNIFACID), ANGÉLICA MARIA ASSUNÇÃO DA PONTE LOPES (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA- DF), ADRIANA BRAGA VEIGA (UNIFACID), ALINE REIS BARROS (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ-UESPI), IGOR SANKLY DE SOUSA FORMIGA (UNIFACID), JOSUE ASSUNÇÃO DA PONTE LOPES (UNIFACID), JÚLIA RABÊLO EVANGELISTA (UNIFACID), LAÍS MARQUES SAMPAIO (UNIFACID), LAURA MATOS SAID (UNIFACID), ROBERTA RODRIGUES MOURA (UNIFACID), SARA CRISTINA SARAIVA BATISTA DINIZ (UNIFACID), 8288, VICTORIA ANDRADE FERNANDES (UNIFACID), VITÓRIA NUNES PINHEIRO BENVINDO (UNIFACID), YASMIN SOARES VILARINHO FÉLIX (UNIFACID)

Resumo: A glomerulonefrite difusa aguda (GNDA) é a principal causa de síndrome nefrítica na infância, seu pico de incidência ocorre entre 6 a 10 anos de idade. É causada por cepas nefritogênicas do estreptococo beta-hemolítico do grupo A, após algumas semanas da faringoamigdalite ou piodermite. A febre reumática (FR) é a doença reumatológica mais comum na infância e, assim como a GNDA, é uma complicação da infecção pelo *Streptococcus pyogenes*. A artrite é a manifestação clínica mais frequente, seguida da cardite reumática, sendo a maior causa de cardiopatia adquirida na infância. Feminino, 7 anos, há 21 dias iniciou quadro de hematúria, oligúria e anasarca associado a febre e artrite de joelhos. História de faringoamigdalite prévia, há cerca de 15 dias. Evoluiu com insuficiência renal aguda, anúria e proteinúria (>3g/24h). Necessitou de hemodiálise devido a insuficiência renal aguda. Ao exame, ausculta cardíaca com sopro sistólico audível em foco mitral. Abdome globoso, depressível, indolor a palpação, sem visceromegalias ou irritação peritoneal. Sem outras alterações ao exame. Ecocardiograma: cardiomiopatia dilatada de ventrículo esquerdo com disfunção sistólica de grau moderado, insuficiência mitral moderada e insuficiência aórtica leve, derrame pericárdico discreto. Cr 6, VHS 32, ASLO: 1600. C3 inferior a 15, C4 19, CH50 inferior a 12. FAN não reagente. EAS proteína +, hemoglobina ++, Biópsia renal: compatível com glomerulopatia com C3 dominante com crescentes focais. Fez uso de carvedilol, furosemida e prednisolona. Atualmente, em acompanhamento ambulatorial, bem, sem queixas fazendo uso de penicilina G benzatina. Discussão: O diagnóstico do primeiro episódio de FR baseia-se nos critérios de Jones por meio da identificação de critérios maiores e menores, sendo a cardite considerada um critério maior. No caso exposto, a cardite e a insuficiência mitral foram diagnosticadas pelo exame físico e cardiológico corroborando com a literatura. Quanto as manifestações renais, ocorrem geralmente, de 7 a 14 dias após a infecção de pele ou vias aéreas superiores. A GNDA é uma doença inflamatória envolvendo os glomérulos renais. A apresentação típica inclui oligúria, hipertensão, hematúria, edema de membros inferiores e periorbital, proteinúria e podendo evoluir para insuficiência renal. Como diagnóstico diferencial que justifique a cardite e a nefrite, cita-se o Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil, porém paciente apresentava FAN não reagente, além disso a biópsia foi compatível com glomerulonefrite pós-estreptocócica com predominância de C3 dominante com crescentes focais. Conclusão: A ocorrência concomitante de FR e GNDA é raríssima e pouco documentada na literatura. É possível que algumas cepas sejam nefritogênicas e cardiogênicas simultaneamente. Dessa forma, é importante atentar para a possibilidade de complicações cardíacas e renais, a fim de instituir o tratamento e profilaxia para esses pacientes.