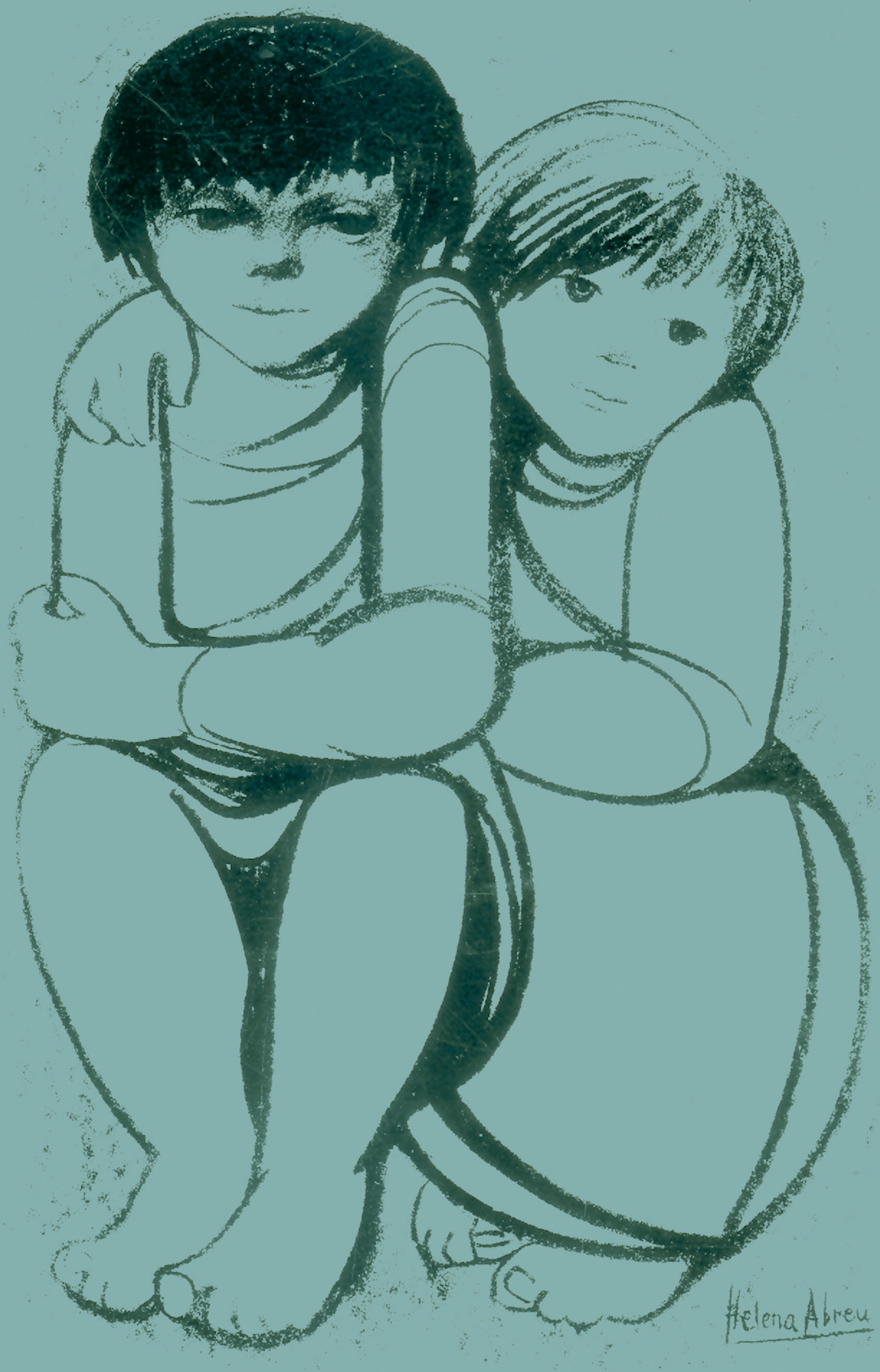
NASCER E CRESCER

Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto

Suplemento II 2015

XVII Reunião Anual de Pediatria do CMIN

Resumo das Comunicações



Prémio Revista Nascer e Crescer 2014

Prémio Melhor Artigo Original

Patrocínio da GSK

"Transmissão Mãe-Filho da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo1"

da autoria de

Alexandre Fernandes, Brígida Amaral, Maria João Carinhas, Olga Vasconcelos, Ana Horta, Ana Margarida Alexandrino e Laura Marques.

Nascer e Crescer 2014; 23(2): 66-71

Menção honrosa em ex aequo

"Abordagem multidisciplinar e qualidade de vida em doentes com espinha bífida"

da autoria de

Sandra Magalhães, Teresa Costa, Antónia Pires, Lurdes Palhau e Rosa Amorim

Nascer e Crescer 2014; 23(2): 61-5

"Comportamento de risco dos adolescentes portugueses e influência do meio ambiente"

da autoria de

Sara Domingues, Joana Leite, Ivone Martins, Joana Sampaio, Graça Fonseca e Sónia Lira

Nascer e Crescer 2014; 23(3): 124-33

NASCER E CRESCER

Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto | Departamento de Ensino, Formação e Investigação
Ano | 2015 **Volume |** XXIV **Número |** Suplemento II

Diretora | Editor-in-Chief | Sílvia Alvares; **Diretor Adjunto | Associated Editor |** Rui Chorão; **Diretora Executiva | Executive Editor |** Luísa Lobato

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto | Director | Fernando Sollari Allegro

Corpo Redatorial | Editorial Board

Ana Rita Araújo, ULSAM
Armando Pinto, IPOPFG
Artur Alegria, CHP
Braga da Cunha, CHTS
Carmen Carvalho, CHP
Cláudia Pedrosa, CHVNG/E
Cláudia Tavares, CHAA
Conceição Mota, CHP
Cristina Rocha, CHEDV
Fatima Carvalho, CHP
Filipa Balona, HB
Gustavo Rocha, CHSJ
Helena Sá Couto, HPH/ULSM
João Barreira, CHSJ
José Manuel Pereira, CHP, ESTSP
Laura Marques, CHP, ICBAS-UP
Margarida Guedes, CHP, ICBAS-UP
Maria Sameiro Faria, CHP
Vasco Lavrador, H Privado de Alfena, Valongo

Editores especializados | Section Editors

Artigo Recomendado – Helena Mansilha, CHP; Maria do Carmo Santos, CHP

Perspetivas Atuais em Bioética – Natália Teles, CGMJM, FMUP

Pediatria Baseada na Evidência – Luís Filipe Azevedo, FMUP; Altamiro da Costa Pereira, FMUP

A Cardiologia Pediátrica na Prática Clínica – António Marinho, CHUC; Fátima Pinto, HSM/CHLC; Maria Ana Sampaio, HCV; Maria João Baptista, CHSJ, ECS-UM; Paula Martins, HPCM/CHUC, Rui Anjos, HSC/CHLO; Sílvia Álvares, CHP

Ciclo de Pediatria Inter-Hospitalar do Norte – Armando Pinto, IPOPFG; Carla Moreira, HB; Conceição Santos Silva, CHPVVC; Fátima Santos, CHVNG/E; Inês Azevedo, CHSJ, FMUP; Isalita Moura, HSMM; Isolina Aguiar, CHAA; Joaquim Cunha, CHTS; Laura Soares, CHEDV; Susana Tavares, CHEDV; Cármen Carvalho, CHP; Rosa Lima, CHP; Sofia Aroso, HPH/ULSM; Sónia Carvalho, CHMA

Caso Dermatológico – Manuela Selores, CHP, ICBAS-UP; Susana Machado, CHP

Caso Eletroencefalográfico – Rui Chorão, CHP

Caso Estomatológico – José Amorim, CHP

Caso Radiológico – Filipe Macedo, HCUF

Genes, Crianças e Pediatras – Esmeralda Martins, CHP, ICBAS-UP; Gabriela Soares, CGMJM

Educação Científica – Margarida Lima, CHP, ICBAS-UP

Pequenas Histórias – Margarida Guedes, CHP, ICBAS-UP

Conselho Científico | Scientific Board

Alberto Caldas Afonso, CHSJ, FMUP, Porto
Almerinda Pereira, ECS-UM, HB, Braga
Ana Ramos, CHP, Porto
Antonio José Aguilar Fernández, HUMI, Las Palmas
António Tomé, CHP, ICBAS-UP, Porto
António Martins da Silva, CHP e ICBAS/UP, Porto
Braga da Cunha, CHTS, Penafiel
Cidade Rodrigues, CHP, ICBAS-UP, Porto
Cleonice Mota, FM - UFMG, Belo Horizonte
Conceição Casanova, CHPVVC, Póvoa de Varzim
Eurico Gaspar, CHTMAD, Vila Real
Fátima Praça, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia
Gonçalves Oliveira, CHMA, Famalicão
Goreti Lobarinhas, HSSM Barcelos
Helena Jardim, CHP, ICBAS-UP, Porto
Hercília Guimarães, CHSJ, FMUP, Porto
Herculano Rocha, CHP, Porto
Ines Lopes, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia
Jorge Braga, CHP, ICBAS-UP, Porto
José Carlos Areias, CHCJ, FMUP, Porto
José Cidrais Rodrigues, HPN/ULSM, Matosinhos
Lopes dos Santos, HPH/ULSM, Matosinhos
Luís Almeida Santos, CHSJ, FMUP, Porto
Manuel Salgado, HPCM/CHUC, Coimbra
Manuela Selores, CHP, ICBAS-UP, Porto
Marcelo Fonseca, ULSM, Matosinhos
Margarida Lima, CHP, ICBAS/UP, Porto
Maria Augusta Areias, HPBN, Porto
Norberto Estevinho, HPP, Porto
Óscar Vaz, ULSN, Mirandela
Paula Cristina Ferreira, CHP, Porto
Paula Soares, CHP, Porto
Pedro Freitas, CHAA, Guimarães
Rei Amorim, ULSAM, Viana do Castelo
Ricardo Costa, CHCB, FCS-UBI, Covilhã
Rosa Amorim, CHP, Porto
Rui Carrapato, CHEDV, Santa Maria da Feira
Teresa Temudo, CHP, ICBAS-UP, Porto

Consultora de Epidemiologia e de Bioestatistica | | Advisor of Epidemiology and Biostatistics

Maria José Bento, IPOPF

Assessores Editoriais | Editorial Assistants

Andrea Buschbeck

Paulo Silva

Publicação trimestral resumida e indexada por

Catálogo LATINDEX

EMBASE / Excerpta Médica

Index das Revistas Médicas Portuguesas

Scopus

Artigos disponíveis no Repositório Científico do CHP
http://repositorio.chporto.pt

SciELO

Design gráfico

bmais comunicação

Execução gráfica e paginação

Papelmunde, SMG, Lda

Vila Nova de Famalicão

ISSN

0872-0754

Depósito legal

4346/91

Propriedade, Edição e Administração / Publisher

Departamento de Ensino, Formação e Investigação

Centro Hospitalar do Porto

Largo do Prof. Abel Salazar – 4099-001 Porto

Telefone: (+351) 222 077 500; fax: (+351) 222 082 166

Telemóvel: (+351) 915 676 516

nascerecrescer@chporto.min-saude.pt

CGMJM, Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães; CHAA, Centro Hospitalar do Alto Ave; CHCB, Centro Hospitalar da Cova da Beira; CHEDV, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga; CHMA, Centro Hospitalar do Médio Ave; CHP, Centro Hospitalar do Porto; CHPVVC, Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim - Vila do Conde; CHSJ, Centro Hospitalar de São João; CHTMAD, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; CHTS, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; CHUC, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; CHVNG/E, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; DEFI, Departamento de Ensino, Formação e Investigação; ECS-UM, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho; FCS-UBI, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; FM-UFMG, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; FMUP, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; HB, Hospital de Braga; HCUF, Hospital da CUF; HCV, Hospital Cruz Vermelha; HPBN, Hospital Privado da Boa Nova; HPCM/CHUC, Hospital Pediátrico Carmona da Mota; HPH/ULSM, Hospital Pedro Hispano/Unidade Local de Saúde Matosinhos; HPP, Hospitais Privados de Portugal; HSC/CHLO, Hospital de Santa Cruz/Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; HSM/CHLC, Hospital de Santa Marta/Centro Hospitalar de Lisboa Central; HSMM, Hospital Santa Maria Maior; HUMI, Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas; ICBAS/UP, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; IPOPFG, Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil; ULSAM, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; ULSN, Unidade Local de Saúde do Nordeste.

XXVII Reunião Anual de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte

Auditório Prof. Doutor Alexandre Moreira do CHP, Porto

26 e 27 de Novembro de 2015

Presidente da Reunião
Sollari Allegro

Comissão Organizadora
Alexandre Fernandes
Ana Guedes
Ana Ramos
Catarina Sousa
Conceição Mota
Joana Correia
João Nascimento
José Augusto Lopes dos Santos
Paula Cristina Fernandes
Sílvia Álvares
Vasco Lavrador

Comissão Científica
Almerinda Pereira
Armando Pinto
Braga da Cunha
Cidade Rodrigues
Conceição Casanova
Eurico Gaspar
Fátima Carvalho
Fátima Praça
Gonçalves Oliveira
Goreti Lobarinhas
Jorge Braga
José Rei Amorim
Margarida Guedes
Óscar Vaz
Pedro Freitas
Rui Carrapato
Teresa Temudo

Júri de Seleção de trabalhos
Alexandre Fernandes
Ana Ramos
Carla Zilhão
Lurdes Morais

Júri de Prémio de Melhor Comunicação Oral
Berta Bonnet
Carla Morais
Emília Costa
Paula Rocha

Júri de Prémio de Melhor Poster
Alzira Sarmento
Isabel Guerra
Lígia Carvalho
Mónica Recaman

Organização
Centro Materno Infantil do Norte
Centro Hospitalar do Porto
ADEMI

Em colaboração com
CH Porto, CH Alto Ave, CH entre Douro e Vouga, CH Médio Ave, CH Póvoa de Varzim I V. Conde, CH Tâmega e Sousa, CH Trás-os-Montes e Alto Douro, CH V. N. de Gaia e Espinho, Hospital de Braga, Hospital Santa Maria Maior, IPO Porto, ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, ULS Nordeste

Secretariado
ADEMI
www.ademi.pt
secretariado@ademi.pt

Apoios
Alter
Biomarin
Danone Nutricia
Gasoxmed
Genzyme
Linde
Nestlé
Orphan Europe
Uriage
VitalAire
Liga dos Amigos das Crianças e Famílias Rainha Maria Pia

XXVII Reunião Anual de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte

Auditório Prof. Doutor Alexandre Moreira do CHP, Porto

Programa

26 de Novembro | Quinta-feira

13h30 **Abertura do secretariado**

14h00 **Sessão de Abertura**

14h15 **Mesa Redonda: Cardiopatias congénitas - Abordagem Perinatal**
Moderadores: Paula Cristina Fernandes (CHP), Jorge Braga (CHP), Rui Carrapato (CHEDV)

Ecocardiografia fetal
Luís Guedes (CHP)
Aconselhamento e planeamento de parto - Estratégia multidisciplinar
Maria Céu Rodrigues (CHP), Sílvia Álvares (CHP)
Avaliação do recém-nascido com suspeita de cardiopatia
Mariana Magalhães (CHP)
O recém-nascido com cardiopatia *major*
Marília Loureiro (CHP)

16h00 **Intervalo para café**

16h20 **Conferência: Infeções sexualmente transmissíveis na adolescência**
Moderadores: Laura Marques (CHP), António Tomé (CHP)
Palestrante: Susana Marta (CHP)

17h00 **CO/ Posters**
Moderadores CO: Cláudia Tavares (CH Alto Ave), Goreti Lobarinhas (H Sta. Maria Maior Barcelos)
Moderadores Posters: Ermelinda Silva (CHP), Suzana Figueiredo (ULSAM)

27 de Novembro | Sexta-feira

08h30 **CO/ Posters**
Moderadores CO: Gonçalves Oliveira (CHMA), Ricardo Araújo (CHEDV)
Moderadores Posters: Augusta Gonçalves (H Braga), Fátima Praça (CHVNG/E)

9h50 **Simpósio Linde – Cuidados respiratórios na doença crónica**
Moderadores: Ana Ramos (CHP), Braga da Cunha (CHTS), Fernando Almeida (AcES Gondomar)
Experiência pediátrica no CHP
Lurdes Morais (CHP)
Continuação de cuidados na idade adulta
Elga Freire (CHP)
Cuidados respiratórios domiciliários
Daniel Ramos (Linde)

10h30 **Intervalo para café**

XXVII Reunião Anual de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte

Auditório Prof. Doutor Alexandre Moreira do CHP, Porto

11h00 **Mesa Redonda: Velhos problemas, novas estratégias**

Moderadores: Manuela Selores (CHP), Conceição Mota (CHP), Ricardo Costa (CH Cova da Beira)

Hemangioma na infância
Susana Machado (CHP), José Banquart Leitão (CHP)
Hiperhidrose
Fátima Carvalho (CHP), Catarina Sousa (CHP),Mónica Caetano (CHP)
Refluxo vesico-ureteral
Paula Matos (CHP), Ribeiro de Castro (CHP)

12h30 **Intervalo para almoço**

14h00 **Mesa Redonda: Nutrição e doença crónica**

Moderadores: Margarida Guedes (CHP), Maria José Ribas (AcES Porto Ocidental), Cidade Rodrigues (CHP)

Como avaliar e intervir
Helena Ferreira (CHP)
Gastrostomia endoscópica percutânea – indicações e complicações
Rosa Lima (CHP)
Cirurgia anti-refluxo – É necessária?
Ferreira de Sousa (CHP)

15h30 **Intervalo para café**

16h00 **Sessão Interativa: Qual o seu diagnóstico?**

Moderadores: Conceição Casanova (CHPVVC), Telma Barbosa (CHP), Eurico Gaspar (CHTMAD)

Doenças Genéticas
Ana Fortuna e Ana Rita Soares (CGM-CHP)
Doenças Metabólicas
Anabela Bandeira (CHP)
Doenças Neurológicas
Cristina Garrido (CHP)

17h30 **Melhor artigo original 2014 da Revista Nascer e Crescer**

Transmissão mãe-filho da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 1
Alexandre Fernandes, Brígida Amaral, Maria João Carinhas, Olga Vasconcelos, Ana Horta, Ana Margarida Alexandrino, Laura Marques

Moderadores: Luísa Lobato (CHP), Sílvia Álvares (CHP)

17h50 **Sessão de Encerramento e atribuição de Prémios para Melhor Poster e Comunicação Oral**

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

Índice/Summary

Comunicações Orais e Posters
Oral Communications and Posters

CO_01 Intoxicações voluntárias na adolescência – casuística de 10 anos
Voluntary intoxication in adolescents – 10 years' review
CO_02 Doença de Addison: a dificuldade do diagnóstico
Addison disease: a difficult diagnosis
CO_03 Romboencefalite: relato de um caso
Rhomboencephalitis: case report
CO_04 Internamento por varicela em pediatria no Hospital Senhora da Oliveira Guimarães – casuística de 5 anos
Pediatric admissions for varicella in Senhora da Oliveira Guimarães Hospital – a five years' review
CO_05 Conhecimentos e prática de proteção solar em idade pediátrica
Sun protection in pediatrics: knowledge and practice
CO_06 As crianças e a exposição aos media
Media exposure among children
CO_07 Consumo de drogas entre adolescentes institucionalizados
Drug abuse in institutionalized children
CO_08 Derrame pleural numa população pediátrica
Pleural effusion in a pediatric population
CO_09 Ecocardiografia fetal e a sua acuidade diagnóstica – CMIN 2014
Fetal echocardiography and diagnostic acuracy – CMIN 2014
CO_10 Desenvolvimento psicomotor de crianças pré-termo em idade pré-escolar
Psychomotor development of preterm infants at preschool age
CO_11 Hipoglicemia neonatal grave – que diagnóstico?
Severe neonatal hypoglicemia – what is the diagnosis?
CO_12 Litíase biliar em idade pediátrica – que abordagem?
Biliary lithiasis in childhood – therapeutic approaches
CO_13 Quando o diagnóstico é tardio
When the diagnosis is delayed
CO_14 Casuística de ALTE num hospital terciário – o que mudou nos últimos 5 anos?
SIDS in a terciary hospital – what changed in the last 5 years?
CO_15 Insuficiência hepática no recém-nascido e rastreio endócrino-metabólico
Hepatic failure in the newborn and endocrine-metabolic screening
CO_16 Bronquiolite aguda – o que mudou nos últimos 5 anos?
Acute bronchiolitis – what changed in the last 5 years?
CO_17 Trombose venosa profunda – causa rara de síndrome febril prolongado?
Deep venous thrombosis – a rare cause of prolonged fever
CO_18 Tumefação craniana de novo – um desafio diagnóstico
Cranial smelling again – a diagnostic challenge
PD_01 Plagiocefalia postural – a propósito de um caso clínico
Postural plagiocefaly – case report
PD_02 Obstipação funcional em idade pediátrica – uma revisão temática
Functional constipation in children review
PD_03 Quando o achado se revela a causa
When the finding is the cause
PD_04 Fenómeno de Marcus Gunn invertido
Inverted Marcus Gunn phenomenon
PD_05 Auto-perceção dos adolescentes sobre o peso e sua repercussão na auto-estima – revisão de tema
Perception of overweight and self-esteem during adolescence – a review
PD_06 Dermatite Estreptococica perianal – caso clínico
Perianal streptococcal dermatitis – case report
PD_07 Hipertiroidismo – uma apresentação pouco típica
Atypical presentations of hyperthyroidism
PD_08 Edema Hemorrágico agudo na infância – caso clínico
Acute hemorrhagic edema of infancy – a case report

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

PD_09 Ptose palpebral – a importância de valorizar
Palpebral ptosis – the importance of evaluation
PD_10 Fontanela anterior persistente – patológico ou variante de normal?
Persistent anterior fontanel – case report
PD_11 Aplasia Cutis Congénita – um caso clínico
Congenital Aplasia Cutis – case report
PD_12 Úlcera de Lipschutz como manifestação de primo-infeção por vírus Epstein-Barr
Lipschütz Ulcer – a manifestation of Epstein-Barr virus primary infection.
PD_13 Síndrome Hemolítico-urémico – relato de caso
Hemolytic uremic syndrome – case report
PD_14 Quando fogem de mim na escola…
When they flee from me at school...
PD_15 Infeção congénita por citomegalovírus – e quando um caso foge à regra?
Cytomegalovirus congenital infection – an atypical case?
PD_16 Quisto branquial – a propósito de um caso clínico
Branchial cyst – case report
PD_17 Síndrome de Beckwith-Wiedermann com testículos intra-abdominais bilaterais – a propósito de um caso clínico
Beckwith-Wiedermann Syndrome with intraabdominal testes – case report
PD_18 Conhecer para tranquilizar – Síndroma de Buschke Ollendorff – caso clínico
Buschke Ollendorff Syndrome – case report
PD_19 Síndrome Gianotti-Crosti e onicomadese em criança com infeção aguda por Parvovírus
Gianotti-Crosti syndrome and onicomadesis associated with Parvovirus infection
PD_20 Edema hemorrágico agudo na infância – caso clínico
Acute hemorrhagic edema of infancy – a case report
PD_21 A importância do exame físico completo na criança!
The importance of a complete physical examination in the child!
PD_22 Púrpura de Henoch-Schonlein – o envolvimento renal precoce
Henoch-Schonlein Purpura – the early renal involvement
PD_23 Retenção urinária aguda num recém-nascido – caso clínico
Acute urinary retention in a newborn – case report
PD_24 Dispneia de início súbito e cianose – da clínica ao diagnóstico
Sudden dyspnea and cyanosis – clinical features and diagnosis
PD_25 Má Evolução Ponderal – proposta de protocolo de atuação
Failure to thrive – proposal of a protocol of management
PD_26 Hérnia diafragmática de Morgagni – um achado radiológico
Morgagni Hernia – an imaging finding
PD_27 Três hérnias epigástricas na mesma criança – um desafio estético
Three epigastric hernia in a child – an aesthetic challenge
PD_28 Pieloplastia desmembrada nos síndromes de junção ureteropélvico bilaterais – a experiência de uma unidade nos últimos 16 anos
Dismembered pyeloplasty for ureteropelvic junction syndrome – a 16 years' experience
PD_29 Hipertransaminemia na adolescência – análise dos últimos 10 anos num hospital terciário
Hypertransaminemia in adolescence – a 10 years' experience of a terciary hospital
PD_30 Influências culturais – a propósito de um caso clínico de parasitose intestinal
The influence of culture in intestinal parasitic infections : case report
PD_31 Doença soro-like – A propósito de 3 casos
Serum Sickness-like disease – three case reports
PD_32 Tabagismo na bronquiolite – onde há fumo há fogo?
Smoking and bronchiolitis – where there's smoke there's fire?
PD_33 Esplenomegalia persistente assintomática – um achado não tranquilizador
Asymptomatic persistent splenomegaly – a challenging finding
PD_34 HEALTH4MOZ- 5.ª missão – Formação em Neonatologia
HEALTH4MOZ- 5th mission – pos graduate course in Neonatology
PD_35 Anemia aguda de novo – o mesmo sinal diferentes etiologias
De novo acute anemia – the same sign in different clinical conditions

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

resumo das comunicações orais

CO_01
INTOXICAÇÕES VOLUNTÁRIAS NA ADOLESCÊNCIA – CASUÍSTICA DE 10 ANOS

Joana Soares[1], Jorge Ferreira[1], Joana Carvalho[1], Nilza Ferreira[1]
[1] Serviço Pediatria, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A adolescência é uma fase complexa do desenvolvimento, caracterizada entre outros, por uma procura de novas experiências, tornando os adolescentes particularmente vulneráveis ao abuso de substâncias.

Objetivos e métodos: Caracterizar as intoxicações voluntárias em adolescentes internados no serviço de Pediatria (sala de observações do Serviço de Urgência) do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real e sua evolução ao longo dos anos. Para tal procedeu-se à análise retrospetiva dos processos clínicos dos adolescentes (10-17 anos) cujo diagnóstico de admissão foi o de intoxicação voluntária, no período compreendido entre 2005-2014.

Resultados: Registaram-se 155 admissões, 48% do sexo masculino, com idade média de 14,88 anos. Registou-se um aumento gradual do número de casos/anos até 2009, mantendo-se estável a partir dessa altura. A maioria das intoxicações ocorreram à tarde (50%). As substâncias consumidas incluíram álcool em 51% e fármacos em 35.5% dos casos. O motivo mais frequente de consumo foi o social (58%), seguido de problemas familiares/afetivos (40%). Foram orientados para a consulta externa 55.5% (Pediatria e/ou Pedopsiquiatria). Não se verificou nenhum óbito.

Conclusões: O álcool surge como principal substância de abuso na nossa população. À semelhança do encontrado por outros autores, a alta percentagem de admissões que referem problemas familiares/afetivos como motivo de consumo deve levar-nos a não negligenciar o seu acompanhamento posterior, uma vez que a intoxicação pode ser a ponta do iceberg de uma situação psicossocial complexa.

CO_02
DOENÇA DE ADDISON: A DIFICULDADE DO DIAGNÓSTICO

Clara Preto[1], Sara Leite[2], Fábio Barroso[2], Joana Correia[1], Marina Pinheiro[1], Alexandre Fernandes[1], Helena Cardoso[3], Teresa Borges[1], Ana Ramos[2]
[1] Unidade de Endocrinologia, Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar do Porto
[2] Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte - Centro Hospitalar do Porto
[3] Serviço de Endocrinologia e Metabolismo, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A Insuficiência suprarrenal (ISR) é uma doença potencialmente fatal que se pode classificar em primária, secundária ou terciária. A ISR primária ou doença de Addison é uma patologia rara em idade pediátrica. A sua apresentação clínica e particularidades das diferentes etiologias tornam-na de difícil diagnóstico.

Descrição do caso: Adolescente de 15 anos, sexo masculino, internado por dor abdominal, náuseas, anorexia e hiponatrémia associada a hipoclorémia com normocaliémia. Apresentava quadro de astenia e sintomas gastrointestinais com quatro meses de evolução e perda ponderal de cerca de 10Kg durante o mês que antecedeu o internamento. O estudo inicial evidenciou hiponatrémia (126 mEq/L) e hipoclorémia (92 mEq/L), com potássio normal (4.1 mEq/L), hemograma e função renal sem alterações, normoglicémia e PCR de 5,7mg/L. A investigação efectuada revelou níveis normais de ADH (1.9pmol/L) e de cortisol (7.7ug/dL), com elevação da ACTH (1489 pg/mL), renina (644,3 pg/mL) e diminuição da aldosterona (17pg/mL). Levantou-se a suspeição de ISR primária, confirmada posteriormente por prova de estimulação com ACTH. Os exames auxiliares de diagnóstico realizados posteriormente permitiram concluir tratar-se de uma ISR primária de etiologia autoimune. Iniciou terapêutica com hidrocortisona e fludrocortisona, com resposta favorável.

Discussão: A doença de Addison é uma patologia rara em idade pediátrica e o seu diagnóstico requer um elevado grau de suspeição, dada a inespecificidade da sintomatologia inicial. Os autores pretendem alertar para a suspeição necessária perante uma clínica de hiponatrémia associada a sintomas constitucionais e gastrointestinais.

CO_03

ROMBOENCEFALITE: RELATO DE UM CASO

Cláudia Patraquim[1], Joana Teixeira[1], Sandra Costa[1], Ariana Afonso[1], Manuela Costa Alves[1], Carla Moreira[1], Augusta Gonçalves[1], Ricardo Maré[2]

[1] Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

[2] Serviço de Neurologia, Hospital de Braga

Introdução: A romboencefalite é um síndrome raro cuja etiologia poderá ser de causa infeciosa, autoimune ou paraneoplásica.

Descrição do caso: Criança de 24 meses (M), antecedentes de hipotonia dos membros inferiores. Seguido em consulta de Neonatologia; ecografia transfontanelar (8M) e ressonância magnética (RMN) cerebral (11M) normais. Internado por febre e prostração, sem sinais neurológicos focais. Punção lombar (PL) à admissão com pleocitose (48 células/µl, predomínio de polimorfonucleares), análises irrelevantes. Quadro clínico compatível com sépsis com meningite tendo iniciado ceftriaxone. Por ausência de melhoria clínica realizou RMN cerebral em D3 de internamento com "discreto hipersinal em T2 no bolbo raquidiano e na medula cervical", sugerindo-se a hipótese de romboencefalite. Repetiu PL em D4: subida da proteinorráquia (1.04g/l), pleocitose sobreponível; associou-se ampicilina, gentamicina, aciclovir e corticoide, com evolução favorável. Virulógico, microbiológico e pesquisa de DNA bacteriano dos líquores negativos (neg); pesquisa de bandas oligoclonais neg; hemoculturas neg. Serologias com EBV VCA IgM positivo, IgG neg; repetiu 2M após: EBV VCA IgM duvidoso, IgG neg. Eletroencefalograma normal. Restante investigação irrelevante. Cumpriu tratamento com antibióticos, antivírico e efetuou 5 pulsos de metilprednisolona. Teve alta em D18. Mantém seguimento multidisciplinar. Estudo metabólico e cariótipo normais. Repetiu RMN 21M após intercorrência com involução total do processo de romboencefalite.

Conclusão: Mais uma vez a RMN foi o exame chave para o diagnóstico. A serologia do EBV foi duvidosa. Relatamos este caso para relembrar esta entidade e questionar a sua etiologia.

CO_04

INTERNAMENTO POR VARICELA EM PEDIATRIA NO HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA GUIMARÃES – CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Dinis Sousa[1], Alberto Costa[1],

[1] Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira Guimarães

Introdução: A varicela é uma doença infeciosa geralmente autolimitada, apresentando na maioria dos casos um curso benigno. Porém, por vezes, esta pode manifestar-se através de sintomatologia significativa ou associada a complicações graves que implicam internamento. O objetivo deste estudo foi caracterizar os internamentos no Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães devidos a varicela e as suas complicações.

Metodologia: Foi realizada uma análise retrospetiva dos processos clínicos do internamento de Pediatria com o diagnóstico de varicela num período de 5 anos (Outubro de 2010 a Setembro de 2015).

Resultados: Foram internados 32 casos de varicela no período examinado. A idade média foi de 25,3 meses (idade mínima 1 mês; idade máxima 8 anos). Não se verificou nenhum internamento em adolescente no período estudado. Os casos analisados estavam equitativamente distribuídos por ambos os géneros. Os meses com maior número de internamentos foram Maio, Junho e Julho. Em 34% dos casos constatou-se provável transmissão intrafamiliar.

O principal motivo de internamento foi a presença de complicação associada à varicela, presente em 59% dos casos. O diagnóstico da mesma foi realizado em média ao 3,4 dia de doença. Neste grupo de doentes, em 63% dos casos ocorreram complicações cutâneas/tecidos moles, as complicações neurológicas em 21% dos casos e as complicações respiratórias em 16% dos casos. Outras complicações verificadas foram 1 caso de artrite e 2 casos otite média aguda. Em 3 casos verificou-se a associação de 2 complicações simultâneas. A duração média do internamento neste grupo de doentes foi de 7,7 dias.

Os restantes casos (41%) não apresentavam complicação, tendo como motivo de internamento a presença de fatores de risco e/ou a gravidade da sintomatologia. A duração média do internamento neste grupo de doentes foi de 3,5 dias.

Em 75% dos doentes internados com varicela foi efetuada terapêutica com aciclovir.

Conclusão: No período em estudo verificou-se que a principal causa de internamento foi a presença de complicação associada. As complicações mais frequentemente verificadas foram as infeções cutâneas e tecidos moles, seguidas pelas complicações neurológicas e respiratórias. Apesar da maioria dos casos de varicela ter um curso benigno, a presença de complicações associadas ou a gravidade sintomatológica podem justificar o seu internamento.

CO_05
CONHECIMENTOS E PRÁTICA DE PROTEÇÃO SOLAR EM IDADE PEDIÁTRICA

Carla Ribeiro[1], Adriana Relvas[2], Lígia Carvalho[3], Vera Costa[4], Lúcia Gomes[5], Miguel Costa[5]

[1] USF La Salette, ACeS Entre Douro e Vouga II

[2] USF Famílias, ACeS Entre Douro e Vouga I

[3] USF Calâmbriga, ACeS Entre Douro e Vouga I

[4] USF São João, ACeS Entre Douro e Vouga II

[5] Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: A exposição solar intensa durante as primeiras décadas de vida relaciona-se com o foto-envelhecimento cutâneo e o desenvolvimento de cancro da pele. Dados do Registo Oncológico Nacional de 2008 apontam para 8,2 novos casos de melanoma por 100.000 habitantes por ano e 1,2 novos casos de cancro de pele não-melanoma. Os pais devem responsabilizar-se pela sua fotoproteção e fomentar hábitos saudáveis nas crianças, sendo importante evitar ou diminuir o tempo de exposição solar. O objetivo deste trabalho é avaliar os conhecimentos e hábitos dos cuidadores relativamente à proteção solar das crianças/adolescentes, e comparar com diferentes variáveis, na consulta externa e serviço de urgência de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga.

Método: Estudo transversal com cuidadores de crianças/adolescentes, no qual foi aplicado um questionário, com perguntas sobre dados socioeconómicos e conhecimentos e hábitos sobre a proteção solar. Foram utilizadas tabelas de frequência e testes qui-quadrado, sendo considerado estatisticamente significativo um valor de $p<0,05$.

Resultados: Foram questionados 249 cuidadores de crianças/adolescentes, com média de idades de 9,49 anos. O período do dia de maior exposição solar foi após as 16 horas (52%). Até três horas por dia foi o tempo de exposição solar diário mais relatado (68% na criança/adolescente e 64% no cuidador). Quanto ao uso de protetor solar, 92% das crianças/adolescentes e 85% dos cuidadores, responderam afirmativamente, com diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$). Sobre a frequência com que renovam o protetor solar, 35% das crianças/adolescentes renovam 2 vezes, e 37% dos cuidadores renovam 1 vez, com diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$). Verificou-se que a maioria da população não usava protetor solar nas outras estações do ano, com resultados estatisticamente significativos ($p<0,05$). Quanto ao uso frequente de outras formas de proteção solar, 66% dos cuidadores afirmaram que usavam. Verificou-se que os cuidadores obtinham mais informação sobre proteção solar através da comunicação social (44%).

Conclusão: Neste trabalho verificou-se que a prevenção e o acompanhamento multidisciplinar são de grande importância, abrangendo, também, a saúde dos cuidadores. A multidisciplinaridade entre os cuidados de saúde primários e a Pediatria torna-se fulcral, para que a prevenção funcione. Como médicos, devemos estar atentos para esta realidade, devendo ser mais eficientes do que qualquer outro meio.

CO_06
AS CRIANÇAS E A EXPOSIÇÃO AOS MEDIA

Cláudia Patraquim[1], Sara Ferreira[2], Hélder Martins[2], Paula Gomes[2], Helena Mourão[2], Sofia Martins[1]

[1] Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

[2] Unidade de Saúde Familiar Infesta

Introdução: As crianças passam várias horas a ver televisão (TV), jogar jogos de vídeo e navegar na internet. Os benefícios dos *media* são vastos, mas existem potenciais riscos, pelo que há recomendações específicas sobre esta matéria.

Objetivo: Conhecer a situação de uma amostra de crianças portuguesas quanto à sua exposição aos *media*.

Metodologia: Estudo transversal, observacional e analítico, selecionando uma amostra de conveniência na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil de uma Unidade de Saúde Familiar. Recolhemos os dados através de um questionário aos pais de crianças entre 4 meses (M) e 18 anos (A). Excluímos dados insuficientes.

Resultados: Incluímos 126 inquéritos, realizados a pais de crianças entre 4M-18A, média de idades 85±59M, 56% sexo masculino.

Uma percentagem significativa das crianças foi exposta a mais de 2horas (h) por dia, à semana e fim-de-semana respetivamente, de TV (16% *vs.* 50%), computador (10% *vs.* 22%) e jogos de vídeo (6% *vs.* 16%). Um número considerável de crianças com menos de 2A (n=6-21% *vs.* n=9-32%) vê ≥1h de TV por dia à semana e fim-de-semana, respetivamente. Referiram utilizar a TV ligada ou *tablet* às refeições 69%. Uma percentagem considerável têm TV (62%), computador (34%) e jogos de vídeo (21%) no quarto, o que se associou a uma maior utilização desses dispositivos ($p<0,005$). Níveis sócio-económicos mais baixos e menor escolaridade dos pais relacionaram-se com maior exposição a TV à semana ($p=0,026$ e $p=0,005$, respetivamente). Os hábitos dos pais relativamente aos *media* associaram-se a maior exposição das crianças a TV ao fim-de-semana ($p<0,005$) e computador à semana ($p=0,016$) e fim-de-semana($p=0,004$). Crianças em idade escolar (≥72M) que vêem mais TV à semana têm tendência a dormir menos ($p=0,076$).

A maioria dos pais (97%) considerou que os *media* podem apresentar efeitos negativos nas crianças e >70% revelaram preocupação com a vigilância do conteúdo visionado. Para decidir se um programa de TV ou jogo de vídeo é adequado 26% e 48%, respetivamente, aplicam a classificação atribuída ao mesmo. Em relação às recomendações de exposição para crianças com idade inferior e superior a 2A, 37% e 90% dos pais, respetivamente, responderam corretamente.

Conclusão: A exposição aos *media* é cada vez maior e ocorre em idades cada vez mais precoces. O Pediatra deve incorporar perguntas relativas aos *media* nas consultas, permitindo focalizar-se em pontos de preocupação como o tempo de exposição, o seu uso no quarto e refeições e aconselhar os pais, que no nosso estudo pareceram estar mais sensibilizados acerca desta temática.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

CO_07
CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS

Vera Baptista[1], Susana Carvalho[1], Teresa Pontes[1], Henedina Antunes[1,2,3,4]

[1] Unidade de Adolescentes, Serviço de Pediatria do Hospital de Braga
[2] Consulta de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica do Hospital de Braga
[3] Instituto de Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho
[4] ICVS/3B's - Laboratório Associado, Universidade do Minho

Introdução: o consumo de drogas na adolescência é um problema preocupante. Pretendemos caraterizá-lo numa população de adolescentes institucionalizados do concelho de Braga.

Metodologia: aplicação de um inquérito a uma amostra de conveniência, constituída pelos adolescentes de 5 instituições de solidariedade social.

Resultados: o estudo incluiu 68 adolescentes, 42 de género feminino, com idade média 15,4 (12-18) anos. Todos afirmavam já ter ouvido falar de drogas, 41% em casa, 48% na instituição, 75% na escola, 57% na televisão, 54% com os amigos ou noutro contexto12%.

Na amostra, 60 afirmaram ter amigos fumadores, 43 (63%) afirmaram já ter experimentado, com idade média de 12,5 (7-16) anos, dos quais 26 mantêm o consumo, 13 diariamente. Os que mantêm o consumo diariamente têm idade média 15,8 anos e fumam em média 5,1 cigarros/ dia.

Relativamente ao álcool, 44 afirmaram ter amigos consumidores, 52 (76%) afirmaram ter experimentado, com idade média de 12,5 (9-17) anos. Destes, 13 mantêm o consumo, com idade média 16,2 anos.

Relativamente a outras drogas, 32 afirmaram ter amigos consumidores, 21 (31%) tinham experimentado, dois não sabiam que droga estavam a consumir. A substância mais consumida foi o haxixe (20), um referiu ter consumido anfetaminas, um cocaína e um outro estimulantes. As substâncias foram preferencialmente consumidas fumadas (23) e, menos frequentemente, em comprimidos (5). Tinham idade média 12,5 (10-16) anos. Destes, 9 mantêm o consumo, (diário em 3, 2 a 3 vezes por semana em 2, ou esporádico em 4).

Os locais mais citados para estes consumos foram as escolas e a rua. As razões que motivaram o consumo mais referidas foram esquecer um acontecimento desagradável ou por diversão.

No total, 9 já tinham sido submetidos a pesquisa de drogas no sangue/ urina e 31 afirmaram ter familiares consumidores de drogas.

Conclusão: nesta amostra, a maioria dos inquiridos afirmou já ter experimentado algum tipo de droga, com uma idade média mais precoce que a relatada noutros trabalhos. A primeira experiência ocorreu em idade semelhante independentemente do tipo de droga. O álcool foi a substância que mais afirmaram ter experimentado; o tabaco foi a mais associada ao consumo continuado. Entre as substâncias ilícitas, a cannabis foi, à semelhança de outros resultados nacionais, a mais consumida. O consumo ocorreu preferencialmente na escola.

CO_08
DERRAME PLEURAL NUMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Vera Baptista[1], Carla Moreira[1], Jorge Correia Pinto[2], Augusta Gonçalves[1]

[1] Serviço de Pediatria, Hospital de Braga
[2] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Braga

Introdução: o derrame pleural é uma complicação da pneumonia que aumenta a sua morbilidade. Pretendemos descrever as características clínicas, estratégias diagnósticas e terapêutica do derrame pleural parapneumónico numa população pediátrica no hospital de Braga.

Método: análise retrospetiva dos internamentos num período de 5 anos (2010-2015).

Resultados: foram diagnosticados 50 derrames pleurais, com distribuição de género análoga, idade entre 6 meses e 15 anos e 9 meses (média 6 anos e 4 meses). Existiam fatores de risco em 15: 8 asma/sibilância recorrente, 2 infeções respiratórias recorrentes, 2 cirurgia recente, 2 internamento recente por pneumonia não complicada, 1 varicela recente, 1 paralisia cerebral. Vinte e um tinham imunização anti-pneumocócica completa. Os sintomas iniciais foram: tosse (96%), febre (92%), dificuldade respiratória (50%), toracalgia (40%) e posição antálgica (8%), anorexia (38%), estado geral afetado (30%), abdominalgia (14%) e vómitos (6%), com duração média de 6,2 dias até ao diagnóstico.

Foram colhidas 48 hemoculturas, positiva em 2 (Streptococcus pneumoniae); líquido pleural em 11: exame microbiológico negativo e pesquisa de micobactérias em 7, negativa; serologia para Mycoplasma pneumoniae em 23, positiva em 8.

Foi realizada ecografia em 49, TC torácico em 9. O derrame era pequeno em 32, médio em 8, e grande/ septado em 10.

À admissão, 23 estavam sob antibioticoterapia. A opção terapêutica inicial foi ampicilina isolada (16), associada a claritromicina em 14.

A antibioticoterapia endovenosa prolongou-se em média por 7,4 dias e num caso de tuberculose 6 meses.

Necessitaram de drenagem torácica 12: 8 com toracoscopia simultânea, 2 tratados com fibrinolíticos. Os drenos foram retirados em média ao final de 6,7 dias. 2 doentes necessitaram de suporte ventilatório. Um foi transferido para uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. A alta ocorreu em média após 7,9 dias. Não ocorreram óbitos.

Conclusões: A ecografia torácica foi o exame que confirmou e avaliou as caraterísticas do derrame. O TC foi pouco usado, reservado para casos complicados ou com necessidade de tratamento cirúrgico.

A taxa de identificação do agente foi baixa (4%).

A duração do internamento e da drenagem torácica foi inferior à relatada noutros hospitais centrais portugueses.

CO_09
ECOCARDIOGRAFIA FETAL E SUA ACUIDADE DIAGNÓSTICA – CMIN 2014

Inês Alencoão[1], Gonçalo Inocêncio[1], Maria José Mendes[1], Ana Guedes[2], Elisa Proença[2], Mariana Magalhães[3], Sílvia Álvares[3], Maria do Céu Rodrigues[1], Jorge Braga[1]

[1] Centro de Diagnóstico Pré-Natal, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
[2] Serviço de Neonatologia, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
[3] Serviço de Cardiologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As cardiopatias congénitas (CC) são as malformações fetais mais comuns, com uma incidência de 5 a 10 por 1000 nados vivos, associando-se a significativa morbimortalidade. O diagnóstico pré-natal destas anomalias através da ecocardiografia fetal permite aos pais obter informação prognóstica e de tratamento previamente ao nascimento e aos profissionais planear a atuação obstétrica e pós-natal mais adequadas.

Objectivos: Analisar a incidência de CC nos fetos e recém-nascidos da nossa instituição durante o ano de 2014. Analisar a sensibilidade e especificidade da ecocardiografia fetal no diagnóstico de CC.

Metodologia: Foram avaliadas as ecocardiografias fetais e neonatais realizadas durante o ano de 2014 na nossa instituição. Em cada caso, foi analisada a indicação para a realização deste exame, os diagnósticos pré e pós-natais.

Resultados: Foram realizadas 877 ecocardiografias fetais em 657 grávidas durante o ano de 2014, tendo sido referenciados 157 casos para avaliação pós-natal.

A principal indicação para a realização de ecocardiografia fetal foi avaliação cardíaca tecnicamente difícil na ecografia obstétrica, seguida de suspeita de anomalia cardíaca.

Registaram-se 39 casos de suspeita pré-natal de anomalia cardíaca, entre estes, 24 falsos positivos. As CC detectadas foram 15: comunicação interventricular (CIV) (3), anomalias do arco aórtico (4, incluindo 1 caso de coarctação da aorta), truncus arteriosus (1), transposição dos grandes vasos (1), estenose valvular pulmonar (2) e outras (4). Os falsos positivos corresponderam a CIV (14) (idade gestacional ao diagnóstico 28-36 semanas) e suspeita de anomalias do arco aórtico (4), sendo os restantes alterações minor. Houve ainda 4 casos falsos negativos (CIVs, um destes com comunicação interauricular tipo ostium primum associada).

Neste período foram diagnosticadas 55 CC em 2850 nados vivos, correspondendo a uma incidência global de 19.3‰.

A sensibilidade da ecocardiografia fetal foi 78.9% e a sua especificidade 96%.

Conclusão: A detecção pré-natal de CC mantém-se um dos maiores desafios em DPN. A ecocardiografia fetal registou elevada sensibilidade e especificidade. Os falsos negativos encontrados corresponderam a CC simples.

A elevada incidência de CC poderá ser explicada por constituirmos um centro de referência materno-infantil de alto risco. A ecocardiografia fetal é fundamental no diagnóstico pré-natal de CC, permitindo o aconselhamento ao casal e a orientação e planeamento dos cuidados perinatais.

CO_10
DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE CRIANÇAS PRÉ-TERMO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Ana Rita Bodas[1]; João Paulo Gabriel[2]; José Carlos Leitão[1]; Anabela Pereira[3]; Luís Filipe Azevedo[4]; Eurico Gaspar[2].

[1] Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, DCDES; CIDESD
[2] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
[3] Universidade de Aveiro, DE; CIDTFF
[4] Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, CIDES; CINTESIS

Introdução: A prematuridade afecta negativamente o desenvolvimento psicomotor (DPM). É consensual que o risco que determina é independente e evidente mesmo em crianças com idade gestacional muito próxima da gestação de termo. Foi propósito deste estudo avaliar o DPM de crianças em idade pré-escolar, nascidas pré termo e não referenciadas como portadoras de qualquer disfunção neurológica, designadamente cognitiva, motora ou comportamental.

Metodologia: Inclusão consecutiva de todas as crianças nascidas pré-termo internadas na neonatologia no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro no ano de 2009, nas condições anteriormente enunciadas. A avaliação foi feita aos 3 anos de idade, através das Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths. Foi solicitado aos pais que qualificassem o DPM das suas crianças através de uma categorização tipo *likert* em muito fraco, fraco, satisfatório, bom e muito bom.

Resultados: Avaliaram-se 77 crianças, 38 do género feminino, 52% nascidas após as 34 semanas. A proporção de crianças com atraso de DPM global foi 45,5% (n=35), sendo os domínios de desenvolvimento locomotor e de audição e linguagem os mais frequentemente afectados. Observou-se ainda que 17 crianças com DPM global adequado obtiveram pontuações deficitárias em pelo menos um domínio de desenvolvimento específico, correspondendo a uma percentagem de 22% do total. Apenas num caso se verificou que a avaliação do DPM feita pelos pais foi inferior a satisfatória. Não se observaram diferenças significativas entre as crianças com e sem atraso de DPM relativamente às variáveis biológicas e sócio-familiares, designadamente peso à nascença, idade gestacional, idade e escolaridade materna, número de irmãos ou frequência de creche.

Conclusões: O impacto negativo da prematuridade no DPM de crianças em idade pré-escolar é significativo e com frequência pouco perceptível para os pais. Favorece-se a implementação de estratégias de vigilância e identificação precoce nestas crianças, mesmo na ausência de outros indicadores ou factores de risco de atraso do DPM.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

CO_11
HIPOGLICEMIA NEONATAL GRAVE – QUE DIAGNÓSTICO?

Joana Leite[1], Marlene Abreu[1], Mariana Martins[1], Teresa Martins[1], Alexandrina Portela[1], Marcelo Fonseca[1]

[1] Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano

Introdução: A hipoglicemia neonatal apresenta uma grande variedade etiológica. No recém-nascido de termo, sem fatores de risco, as causas endócrinas devem ser consideradas. O défice de hormonas contra-reguladoras pode associar-se a alterações neuro-radiológicas da linha média e hipoplasia do nervo óptico, estabelecendo o diagnóstico de Displasia septo-óptica.

Caso Clínico: Recém-nascido de termo do sexo feminino, com antecedentes antenatais e familiares irrelevantes, e somatometria adequada à idade gestacional. Foi internado às 15h de vida na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais por hipoglicemia (mínimo de 22 mg/dL), mantendo necessidades crescentes de aporte de glicose endovenosa até D7 de vida. Realizou eco-TF em D2 que revelou agenesia do septo pelúcido, confirmada posteriormente por RMN, na qual também se verificou hipoplasia do nervo óptico direito e haste hipofisária muito fina. O estudo endocrinológico (em hipoglicemia e D4) revelou cortisol, IGF-1 e hormona de crescimento no limite inferior do normal e função tiroideia normal. Após estabilidade glicémica com alimentação entérica total teve alta (D17), orientada para consulta de Neonatologia, Endocrinologia e Oftalmologia Pediátricas. Em ambulatório, manteve vigilância clínica/analítica seriada (com glicemias e ionograma sempre estáveis), tendo-se verificado analiticamente o aparecimento de hipocortisolismo e hipotiroidismo aos 2 meses e meio, pelo que iniciou reposição hormonal. Aos 5 meses por evidência analítica de défice somatotrópico iniciou hormona de crescimento. Até à data mantém evolução estatural no P3 e DPM normal, sendo o exame objetivo irrelevante exceto estrabismo do olho direito.

Discussão: A displasia septo-óptica é uma patologia rara (incidência de 1:10000), com heterogeneidade clínica e fenotípica. Existem várias formas de apresentação, que podem dificultar o seu diagnóstico, sendo que a tríade clássica verificada no presente caso clínico só se manifesta em cerca de 30% dos casos. O diagnóstico é clínico e pode ser estabelecido pela presença de pelos menos 2 dos critérios: hipoplasia do nervo óptico uni ou bilateral, defeitos da linha média cerebral e hipopituitarismo. O presente caso pretende alertar para a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce, de forma a evitar a morbi-mortalidade associada à doença.

CO_12
LITÍASE BILIAR EM IDADE PEDIÁTRICA – QUE ABORDAGEM?

Sara Leite[1], Helena Moreira Silva[1], Isabel Couto Guerra[2], Helena Flores[3], Fátima Carvalho[4], Ermelinda Santos Silva[5], Rafaela Loureiro[6], João Coimbra[6], Ana Ramos[1]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
[2] Unidade de Hematologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
[3] Serviço de Gastrenterologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
[4] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
[5] Serviço de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central
[6] Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital dos Capuchos

Introdução: A litíase biliar é uma patologia rara em idade pediátrica, com uma incidência estimada em 0.1-2%. Surge mais frequentemente no contexto de malformações da árvore biliar ou hemólise crónica, nomeadamente na esferocitose hereditária (EH). Este último grupo representa cerca de 10-20% dos casos. A litíase biliar sintomática é ainda mais rara na criança em idade pré-escolar e a sua abordagem não está completamente estabelecida.

Caso Clínico: Criança de 4 anos de idade, sexo feminino, com EH moderada diagnosticada aos 2 anos e internamento recente em contexto de colecistite aguda litiásica, tratada de forma conservadora. Readmitida duas semanas depois por quadro de dor abdominal difusa, associada a vómitos alimentares, agravamento da icterícia e colúria. Sem febre. No estudo analítico inicial apresentava padrão de icterícia colestática (BT 31.85mg/dL e BD 19.37mg/dl, AST/ALT 124/225 U/L, GGT 327 U/L), mantendo valor de Hb basal. A ecografia abdominal revelou lama vesicular e dilatação da via biliar principal (VBP) de 9mm, sem se identificar causa obstrutiva. Pela suspeita de colédoco-litíase obstrutiva, iniciou tratamento conservador com fluidoterapia endovenosa inicialmente associada a ácido ursodesoxicólico, e posteriormente a N-acetilcisteína. A colangioRM confirmou a dilatação da VBP (calibre máximo 10mm) determinada por duas formações litiásicas, a maior de 6mm. Nas avaliações clínicas e analíticas posteriores foram excluídas outras complicações como a pancreatite aguda. Em D20 foi realizada a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) terapêutica, com esfincterectomia e extração de 1 cálculo de 8mm e drenagem abundante de bile purulenta, seguida de melhoria clínica e analítica progressivas. Posteriormente foi submetida de forma eletiva a colecistectomia.

Comentários: Neste caso, tal como referido na literatura, a presença de colelitíase comportou um risco acrescido de colédoco-litíase sintomática. Contudo, a abordagem terapêutica não é consensual. Se por um lado na criança pequena a abordagem da litíase vesicular assenta numa atitude expectante, na presença de litíase biliar obstrutiva a terapêutica médica não é eficaz e a CPRE é o método terapêutico *gold standard*, mas a experiência em idade pediátrica é limitada. Neste caso, a ausência de experiência na realização de CPRE, nesta faixa etária, nas zonas Norte e Centro do país determinou que o procedimento se tenha realizado num Hospital de Lisboa.

CO_13

QUANDO O DIAGNÓSTICO É TARDIO

Ana Lachado[1]; Telma Barbosa[2]; Carmen Cardoso[1]; Ana Beatriz[3]; Ana Ramos[2]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Materno-infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro Materno-infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[3] Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Numa criança com antecedentes de episódios de tosse persistente/recorrente, infeções respiratórias e alterações gastrointestinais mesmo sem má evolução ponderal é importante excluir algumas doenças sistémicas que afetam alguns órgãos ou sistemas em particular.

Caso Clínico: Criança de 9 anos, referenciado à consulta por hipocratismo digital e suspeita de fibrose quística. História familiar de atopia e doença de Crohn. Antecedentes pré-natais/parto: IG IP, gestação vigiada e parto de termo, com Apgar 9/10 e somatometria AIG. Desde o nascimento com dejeções brilhantes e moles, mantendo média de 4 dejeções diarreicas/dia na data atual.

Evolução ponderal até aos 15 meses no P10 e desde os 8 anos no P5 e estatural no P25.

Antecedentes de bronquiolite aguda no 1º ano de vida e pneumonia aos 2 anos, sem necessidade de internamento. Referência a tosse persistente, matinal, sem melhoria com corticoide inalado.

Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, IMC 15 Kg/m2, deformidade torácica e hipocratismo digital. AP com crepitações teleinspiratórias bilaterais.

Radiografia de tórax com hiperinsuflação pulmonar bilateral e marcas lineares em carril bilateralmente sugestivas de bronquiectasias.

Dos exames auxiliares de diagnóstico realizados destaca-se prova de suor positiva e elastase fecal diminuída, compatível com insuficiência pancreática grave. Tomografia computorizada dos seios peri-nasais sem lesões, nomeadamente polipoides, e pulmonar com bronquiectasias cilíndricas centrais. Estudo genético identificou a deleção F508 em homozigotia.

Conclusões/Comentários: A fibrose quística é a doença autossómica recessiva mais frequente na raça caucasiana, com incidência de 1:2000-3000 em determinados países e por vezes ainda subdiagnosticada.

A apresentação clínica desta doença é variada. Com este caso clínico, os autores pretendem alertar para a necessidade de pensar em fibrose quística na presença de sintomas mais leves ou menos frequentes, uma vez que precocidade do diagnóstico é essencial para um melhor prognóstico. Realça-se a importância de um exame objetivo pormenorizado e adequada valorização das alterações identificadas.

CO_14

CASUÍSTICA DE ALTE NUM HOSPITAL TERCIÁRIO – O QUE MUDOU NOS ÚLTIMOS 5 ANOS?

Daniel Meireles[1], Joana Lorenzo[1], Susana Pinto[1], Carla Zilhão[1], Ana Ramos[1]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: ALTE (apparent life-threatening event) é um evento súbito e ameaçador para o observador, caracterizado por alguma combinação de apneia (central ou obstrutiva), alteração da cor (cianose, palidez ou plétora), alteração do tónus muscular (geralmente hipotonia) e sufocação ou engasgamento. A investigação e a abordagem clínica necessárias são controversas.

Objetivos: Caracterização dos doentes internados com ALTE no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, avaliando a apresentação clínica, exames complementares e tempo de internamento. Comparação dos resultados obtidos com estudo prévio de 2009 (julho/2001 a dezembro/2008).

Métodos: Estudo retrospetivo, através da análise dos processos clínicos dos doentes internados entre 1 de junho de 2009 e 30 de junho de 2015 com o diagnóstico de ALTE. Tratamento estatístico efetuado em Excel (R) e SPSS v.21 (R).

Resultados: Foram internados 78 lactentes (n=40; estudo de 2009), excluindo-se 4 por falta de dados nos processos consultados. Da amostra de 74 lactentes, 51.4% eram do sexo feminino. 48% tinham idade compreendida entre os 28 dias e os 3 meses. As formas de apresentação mais comuns foram cianose e plétora facial (36.5% e 29.7%, respetivamente), com hipotonia em 43.2%. Em 85% foi efectuado hemograma e bioquímica e em 82% gasimetria venosa/arterial (estudo anterior com valores semelhantes de 92.5% e 67.5%). Foi realizada radiografia de tórax em 61% (versus 80% no estudo em comparação) e exame sumário de urina em 55%. No internamento verificou-se tendência para diminuição da realização de outros exames – 56% e 55% realizaram ecocardiograma e eletrocardiograma, respetivamente; 50% ecografia transfontanelar e 57% EEG (versus 62.5% para o primeiro, 67.5% para ecografia TF e 60% para EEG). Em 4% não foi efetuada qualquer investigação. A duração mediana de internamento foi 4.6 dias (no estudo prévio 6.5 dias). Foi pedida orientação social em 3 doentes. Foram classificados como idiopáticos, 56.8% dos casos e 32.4% tiveram o diagnóstico de DRGE (versus 80% com este último no estudo anterior). Orientados para consulta externa hospitalar 74.3% dos doentes internados. Recorrência de ALTE em 2 doentes desta amostra.

Conclusões: O ALTE cursa frequentemente com evolução favorável. Apesar de não haver recomendação ou consensos na literatura para a investigação etiológica, esta mantém-se uma prática comum, sem aparente modificação na abordagem nos últimos anos, em comparação com estudo prévio realizado em 2009.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

CO_15
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA NO RECÉM-NASCIDO E RASTREIO ENDÓCRINO-METABÓLICO

Daniel Meireles[1], Helena Moreira Silva[1], Margarida Coelho[1], Filipe Oliveira[2], Anabela Bandeira[3], Esmeralda Martins[3], Ermelinda Santos Silva[4]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Médio Ave

[3] Unidade de Doenças Metabólicas, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[4] Serviço de Gastroenterologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A insuficiência hepática na criança é rara, implica uma abordagem emergente, e constitui a expressão final de um grupo amplo de diagnósticos. As doenças hereditárias do metabolismo correspondem a cerca de 10 a 15% dos casos.

Caso Clínico: Recém-nascido do sexo masculino, primeiro filho (abortamento prévio por higroma cístico), parto de termo por cesariana, com Apgar 9/10 e baixo peso ao nascimento. Internado nas primeiras horas de vida por hipoglicemia, interpretada no contexto de hipogalactia materna e resolução após suplementação com leite adaptado. Constatada, ainda, icterícia (BT 9.8mg/dl, BD 0.7mg/dl), sem critérios para fototerapia, tendo tido alta em D5. Aos 12 dias é re-admitido por alterações no diagnóstico precoce: elevação da tirosina e metionina, na ausência de succinilacetona na urina. Apresentava aspeto emagrecido, icterícia de pele e escleróticas; sem hepato ou esplenomegalia, dismorfias ou equimoses. O estudo analítico evidenciou acidose metabólica com hiperlactacidemia (lactato 4.16mmol/L), hepatite colestática (AST/ALT 101/51 U/L,GGT 1109 U/L), hiperbilirrubinemia indirecta (BT 10.2 mg/dl, BD 0.9mg/dl) e comprometimento das funções de síntese hepática: glicose 37mg/dl; APTT 51.5s (Nr 27.0), fibrinogénio incoagulável, albumina 2.9 g/dL. Ecografia abdominal e renal normais. Foram excluídas, inicialmente, as etiologias infeciosas e as DHM potencialmente tratáveis: tirosinemia, galactosemia, hemocromatose neonatal e CDG tipo 1b. Durante o internamento, manteve-se estável com terapêutica de suporte e assistiu-se uma melhoria progressiva das funções de síntese hepática, particularmente da coagulação. A partir dos 2 meses hipotonia, nistagmo rotatório e icterícia de padrão colestático. O estudo genético confirmou a presença de mutação em heterozigotia composta (c.677A>G (p.H226R)* e c.749T>C (p.L250S), no gene DGUOK, confirmando-se o diagnóstico de Síndrome de depleção do DNA mitocondrial. Atualmente com 4 meses de idade, mantem-se estável sob tratamento de suporte.

Comentários: O padrão de insuficiência hepática associada à hiperlactacidemia e aumento isolado de tirosina levantou a suspeita de síndrome de depleção de mtDNA, forma hepatocerebral. O diagnóstico permite o aconselhamento genético, já que atualmente não existe tratamento disponível. O transplante hepático poderá ser equacionado nos doentes com envolvimento hepático isolado. Neste caso, o envolvimento multissistémico, e particularmente a presença de alterações neurológicas faz prever um pior prognóstico.

CO_16
BRONQUIOLITE AGUDA – O QUE MUDOU NOS ÚLTIMOS 5 ANOS?

Ana Lachado[1], Sara Leite[1], Alexandre Fernandes[1], Maria Guilhermina Reis[2], Ana Ramos[2]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A bronquiolite aguda (BA) é uma infeção do trato respiratório inferior, cujo diagnóstico é clínico, cujo tratamento é essencialmente de suporte. Na maioria dos casos, deve-se a infeção pelo vírus sincicial respiratório (VSR). Em Dezembro de 2012 a Direção Geral da Saúde (DGS) emitiu normas de orientação clínica (NOCs) com o objetivo de reduzir a utilização desnecessária de métodos de diagnóstico e terapêutica.

Objetivos: Caracterizar os doentes internados com BA no serviço de pediatria de um hospital central e analisar a evolução da abordagem diagnóstica e terapêutica, antes e após a NOC.

Métodos: Análise retrospetiva dos processos clínico dos doentes internados com BA, com menos de 24 meses, entre julho de 2010 e junho de 2015. Foram analisados os fatores de risco e de gravidade, incluindo transferência para Cuidados Intensivos (CI), os meios complementares de diagnóstico (ECD) e terapêuticas utilizadas.

Resultados: Incluídos 530 doentes, 55% do sexo masculino, com mediana de idades de 3.7 meses. Internamento com mediana de 5 dias. Presença de um ou mais fatores de risco associados em 92%. Foi efetuada a pesquisa de vírus no lavado nasofaríngeo em 81.3% dos casos: VSR (n=272), adenovírus (n=52), rinovírus (n=49) e metapneumovírus (n=31). Houve necessidade de transferência para CI em 9.2% dos casos. No 1º, 2º, 3º, 4º e 5º ano foram solicitados ECD em 93.4%; 92.3%; 80.8%; 72.8% e 68.3% dos doentes, respetivamente. O tratamento broncodilatador foi utilizado em 67.1%, 63.5%, 47.5%, 46.2% e 44,2% dos doentes do 1º ao 5º ano, respetivamente. A corticoterapia foi utilizada em 32.3%, 21.2%, 23.2%, 33,7% e 16,7% do 1º ao 5º ano, respetivamente. A antibioterapia foi utilizada em 25.1%, 17.3%, 14.1%, 18.5% e 9.2% dos doentes de 1º ao 5º ano, respetivamente. A cinesiterapia foi utilizada em 32.5%, 36.5%, 6.1%, 7.6% e 4.2%. dos doentes de 1º ao 5º ano, respetivamente. A radiografia torácica foi efetuada em 82.6%, 78.8%, 66,7%, 66.3% e 60% dos casos, respetivamente. Nos doentes sob cinesiterapia (17.2%), apenas em 41.8% havia registo de atelectasia.

Conclusão: Após a implementação da NOC assistiu-se a um decréscimo significativo no recurso a métodos de diagnóstico e terapêuticos, que continuam a ser utilizados em elevado número. Destaca-se a importância de proceder ao registo da justificação clínica para os procedimentos não recomendados na NOC.

CO_17

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA – CAUSA RARA DE SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO?

Fábio Barroso[1]; Tiago Loureiro[2]; Sara Morais[3]; Emília Costa[1]; Carla Zilhão[1]; Margarida Guedes[1]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Porto

[2] Serviço de Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar do Porto

[3] Unidade de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A trombose venosa profunda (TVP) é uma entidade rara em Pediatria, com uma incidência de 0,07/100000, mas associa-se a morbilidade e mortalidade significativas. Habitualmente é secundária a outras patologias. A febre, quando presente, é autolimitada.

Caso Clínico: Adolescente de 14 anos, previamente saudável, praticante de Krav Maga, observado por quadro com 9 dias de evolução de dor lombar direita com progressão para a face anterior do abdómen, coxa e nádega ipsilaterais, associada a edema, cianose, parestesias e claudicação do membro inferior (MI) direito; febre com início 24 horas antes. Pai com heterozigotia para o gene da protrombina e mutação do fator V de Leiden. À admissão: febril, consciente, com MI direito edemaciado, com dor na região gemelar, poplítea e coxa, com pulsos palpáveis; hipostesia e diminuição dos reflexos osteotendinosos à direita. Restante exame sem alterações. Negados hábitos tabágicos ou toxicómanos, traumatismo, imobilização prolongada, viagens recentes de avião, intercorrências infeciosas ou sintomas constitucionais. A avaliação analítica inicial revelou neutrofilia, elevação da PCR e do tempo de protrombina, bem como diminuição do aPTT. Estudo por ecografia com doppler e angio-TC confirmou TVP oclusiva das veias safena e femoral direitas e veias ilíacas homolaterais até à confluência da veia cava inferior. Iniciou enoxaparina e posteriormente acenocumarol. Manteve febre durante 18 dias, associada a agravamento imagiológico da TVP e aumento dos parâmetros inflamatórios.

Comentários: Na investigação etiológica para síndrome febril prolongado e trombose (causas infeciosas, auto-imunes, neoplásicas e trombofilias) apenas detetado diminuição da proteína S e mutação do gene da protrombina 20210 G->A em heterozigotia. Deste modo, não foi possível definir nenhuma etiologia concreta para o síndrome febril, pelo que os autores colocam à discussão se a febre prolongada pode ser atribuída ao processo inflamatório com libertação de citocinas na dependência do trombo volumoso.

CO_18

TUMEFAÇÃO CRANIANA DE NOVO – UM DESAFIO DIAGÓSTICO

Ana Maria Ferreira[1], Joana Silva[1], Virgínia Monteiro[1], Susana Tavares[1], Ricardo Araújo[1], Cristina Rocha[1]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução: A coleção líquida subaponevrótica é uma tumefação craniana, benigna, que surge semanas após o nascimento, decorrente provavelmente de um parto traumático. O diagnóstico é desafiante uma vez que há poucos casos descritos na literatura. O tratamento recomendado é conservador, já que na maioria dos casos há resolução espontânea.

Caso Clínico: Descreve-se um caso de uma lactente de 2 meses com antecedentes de parto distócico por ventosa e de um cefalohematoma occipitoparietal direito com reabsorção espontânea no período neonatal. Observou-se, de novo e com 6 dias de evolução, uma tumefação occipitoparietal direita com 5-6 cm de maior diâmetro, de volume oscilante, consistência mole, móvel nos planos superficiais, transluzente, indolor e sem sinais inflamatórios, permanecendo a criança clinicamente bem. O estudo analítico, radiografia do crânio e ecografia transfontanelar não tinham alterações de relevo. A ecografia de partes moles mostrou uma coleção líquida, sugerindo a possibilidade de um cefalohematoma. Foi feita punção aspirativa com saída de líquido sero-hemático, sem qualquer crescimento bacteriano. Ponderando-se a possibilidade de uma malformação congénita foi realizado RMN CE que evidenciou uma coleção liquida subgaleal. Após revisão da literatura, o diagnóstico de coleção liquida subaponevrótica revelou-se o mais provável e o tratamento tem sido conservador.

Comentários: Apesar do impacto da sua apresentação clínica, trata-se de uma entidade benigna, pouco descrita na literatura, sendo por isso fundamental que os prestadores de cuidados de saúde estejam aptos para um diagnóstico imediato e um acompanhamento adequado, que passa por medidas de vigilância até à completa resolução ao fim de algumas semanas.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

resumo dos posters

PD_01

PLAGIOCEFALIA POSTURAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Monteiro[1]; Joana Oliveira[1]

[1] USF Monte Crasto, Aces Gondomar

Introdução A prevalência de deformações cranianas posicionais aumentou nas últimas duas décadas, em parte resultante da recomendação para deitar os recém-nascidos em decúbito dorsal, de modo a prevenir a síndrome de morte súbita. As deformações cranianas mais frequentemente encontradas são plagiocefalia e braquicefalia, podendo resultar de forças restritivas intra-uterinas ou forças externas aplicadas no crânio maleável da criança no periodo pós-natal.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi realçar, através deste caso clinico, a importância de um correto reposicionamento do lactente e a importância de um diagnóstico precoce de deformações cranianas.

Caso Clínico: As autoras relatam o caso clinico de uma lactente de 5 meses com plagiocefalia posicional unilateral esquerda grave, com fatores de risco extrínsecos intra-uterinos e mau reposicionamento. Após 5 meses de tratamento com ortótese craniana, a lactente apresenta remissão completa da deformação craniana anteriormente apresentada.

Comentários: Reconhecemos a importância de campanhas informativas ao nível dos Cuidados Primários e do rastreio sistemático com craniometria nas consultas de Saúde Infantil, tendo em vista a prevenção e/ou deteção precoce das deformações cranianas posturais, evitando-se o desenvolvimento de deformações graves.

PD_02

OBSTIPAÇÃO FUNCIONAL EM IDADE PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO TEMÁTICA

Lisa Teresa Moreira[1], Ricardo Torre[2], Joana Barbosa[1], Hugo Silva[1], Maria Antónia Cruz[1]

[1] ACeS Tâmega II, USF Nova Era

[2] ACeS Grande Porto I, USF Veiga do Leça

Introdução e Objetivos: A obstipação define-se pela diminuição da frequência de dejeções ou pela alteração no volume e/ou consistência das fezes, sendo funcional (ou idiopática) quando não pode ser explicada por uma alteração anatomofisiológica. Pelo seu caráter benigno, a obstipação funcional em idade pediátrica, é uma entidade frequentemente subvalorizada. No entanto, estima-se que a sua prevalência seja de até 30%. Esta revisão visa a compreensão da sua etiologia, diagnóstico e tratamento.

Metodologia: Revisão da literatura indexada na Medline, UpToDate, National Guideline Clearinghouse, no Index de Revistas Médicas Portuguesas e referências bibliográficas dos artigos selecionados até há data de Abril de 2015, com os termos MeSH «Constipation»; «Constipation in children»; «Infant, Newborn»; «Infant»; «Child, Preschool»; «Child»; «Adolescent»; «Encopresis»; «Toilet training».

Resultados: A obstipação funcional, etiologicamente ligada à dor durante a defecação, leva à retenção intestinal voluntária e à incontinência fecal. O diagnóstico é clínico, com especial ênfase na pesquisa de sinais e sintomas de alarme que possam apontar para uma obstipação de causa orgânica. O tratamento farmacológico é parte integrante da abordagem terapêutica, constituindo os laxantes osmóticos a opção mais eficaz e segura. O tratamento engloba ainda alterações dietéticas e comportamentais, mas estas não devem ser utilizadas isoladamente, pois não são suficientes ou eficazes.

Conclusão: Dada a proximidade com a comunidade e ao acompanhamento em saúde infantil, o médico de Medicina Geral e Familiar encontra-se numa posição privilegiada para o diagnóstico e tratamento da obstipação funcional em idade pediátrica. No entanto mais estudos, que contemplem a eficácia e segurança do seu tratamento a longo prazo, são necessários para que se possa estabelecer uma força de recomendação nesta área.

PD_03

QUANDO O ACHADO SE REVELA A CAUSA

Ana Luísa Santos[1]; Emília Costa[2]; Maria dos Anjos Teixeira[3]; Maria Luís Queirós[4]; João Rodrigues[4]; Maria Eduarda Cruz[1]

[1] Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano
[2] Unidade de Hematologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte
[3] Serviço de Hematologia Clínica, Laboratório de Citometria, Centro Hospitalar do Porto
[4] Serviço de Hematologia Clínica, Unidade de Biologia Molecular, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A neutropenia define-se como uma contagem do número de neutrófilos no sangue inferior a dois desvios-padrão da média para a idade. No recém-nascido (RN) neutropénico, a neutropenia aloimune deverá ser considerada. Esta deve-se à produção de anticorpos maternos em resposta a antigénios de origem paterna presentes nos neutrófilos fetais. Tratam-se de anticorpos anti-neutrófilos (AAN) tipo IgG, que atravessam a placenta provocando a destruição dos neutrófilos fetais.

Caso Clínico: RN, sexo feminino, 10 dias, levada ao Serviço de Urgência por sinais inflamatórios do coto umbilical. No estudo analítico apresentava neutropenia grave (490/uL), pelo que iniciou antibioticoterapia endovenosa para tratamento de onfalite. Por ausência de resposta ao tratamento inicial e manutenção da neutropenia, efetuou-se pesquisa de AAN na RN, por citometria de fluxo, que foi inconclusiva pela gravidade da neutropenia. Realizou-se ainda pesquisa de AAN tipo IgG no soro materno contra os neutrófilos paternos, que se revelou positiva. Além disso, fez-se a genotipagem do antigénio de neutrófilos humano (HNA-1) nos pais, que mostrou: mãe HNA-1a/HNA-1b e pai HNA-1a/HNA-1b/HNA-1c. Em face dos resultados, a neutropenia aloimune é muito provável, devendo ser confirmada à posteriori por genotipagem HNA-1 da RN. Após alteração da antibioticoterapia, verificou-se resolução da onfalite, tendo tido alta sem alterações ao exame objectivo e com indicação de realizar controlos analíticos seriados e medidas de isolamento. Durante o seguimento não apresentou novas intercorrências infeciosas, verificando-se normalização do valor sérico de neutrófilos a partir dos 3 meses de idade.

Comentários: A neutropenia aloimune é uma patologia rara e, perante uma neutropenia no RN, a pesquisa de AAN deverá ser tida em conta. O caso clínico descreve uma neutropenia aloimune por AAN contra HNA-1c, o qual, segundo a literatura, está raramente envolvido na doença. Os autores querem realçar o papel dos estudos imunológicos e da biologia molecular na confirmação diagnóstica e na probabilidade de ocorrência numa futura gestação para atuação precoce.

PD_04

FENÓMENO DE MARCUS GUNN INVERTIDO

Alexandra Fernandes[1], Mariana Abreu[2], Sofia Fernandes[2], Inês Maio[3], Fátima Pinto[4]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Ave
[2] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do São João
[3] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Porto
[4] Consulta de Pediatria, Unidade de Saúde Familiar Aníbal Cunha

Introdução: O fenómeno de Marcus Gunn invertido é uma sincinesia entre o III e o VI pares cranianos, congénita, raramente descrita em idade pediátrica. Carateriza-se por ptose da pálpebra com a abertura da mandíbula. O diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento é, na maioria dos casos, conservador.

Caso Clínico: Lactente de 4 meses de idade do sexo masculino, sem antecedentes pessoais relevantes. Foi observado na Consulta de Pediatria do Centro de Saúde onde se objetivou ptose da pálpebra superior esquerda com movimentos de sucção e de abertura da mandíbula ao rir, que desaparece em posição basal. Mãe refere ocorrência dos movimentos desde o nascimento com noção de agravamento ao longo do tempo. O restante exame físico, oftalmológico e neurológico não revelou alterações.

Comentários: Os autores pretendem alertar para o diagnóstico do fenómeno de Marcus Gunn invertido, por se tratar de uma entidade rara em idade pediátrica, provavelmente subdiagnosticada.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

PD_05

AUTO-PERCEÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE O PESO E SUA REPERCUSSÃO NA AUTOESTIMA: REVISÃO DE TEMA

Ana Clara Moreira[1], Ângela Valongo[2], Beatriz Soares[3], Célia Maia[4]

[1] USF Viver Mais

[2] USF Serzedelo

[3] USF Salvador Machado

[4] USF Ponte Velha

Introdução e objetivos: O excesso de peso e a obesidade em jovens tem sido assumido por várias entidades como um problema atual de saúde pública Mundial, com tendência a agravar. A Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil estima uma prevalência de obesidade e excesso de peso em Portugal de 33% e 16,8%, respetivamente, e alerta para o facto de estes jovens estarem mais sujeitos a sofrer de bullying e outros tipos de discriminação, com consequências diretas na sua autoestima. São objetivos desta revisão compreender de que forma a autoperceção do jovem sobre o seu peso influencia a sua autoestima, que fatores contribuem para isso, e qual o estado de arte em Portugal relativamente a este tema.

Metodologia: Revisão clássica com pesquisa em bases de dados científicas (PubMed, UpToDate, Trip Database, National Guideline Clearinghouse, Guidelines Finder e Canadian Medical Association) e outras publicações (revistas e livros) sobre o tema. Seleção dos artigos com base na sua pertinência e atualidade.

Resultados: A autoestima é definida como a orientação positiva ou negativa de cada indivíduo relativamente a si mesmo, sendo um dos componentes do autoconceito. A adolescência é uma fase de risco no que diz respeito à autoestima. Existem métodos, já validados para a língua portuguesa, para avaliação da autoestima, como por exemplo a Escala de Autoestima de Rosenberg. A Escala de Silhuetas Humanas é útil para avaliação da autoperceção e satisfação corporal, encontrando-se ainda em fase de validação. A hipótese teórica de que o peso dos adolescentes influencia de forma marcante a perceção que têm de si mesmos e a sua autoestima tem sido testada em alguns estudos portugueses, assim como os fatores que para isso possam contribuir. Estudos têm revelado uma correlação inversa entre a insatisfação corporal e o score de autoestima. Outros mostram que valores de IMC mais elevados relacionam-se com valores superiores de insatisfação corporal. Fatores como o sexo e contexto familiar (ponderosidade dos pais) parecem influenciar a autoperceção do peso e sua repercussão na autoestima.

Conclusão: O excesso de peso e obesidade, além das consequências físicas que acarreta para os jovens, traz ainda perturbações sociais e psicológicas que comprometem a forma como se vêem e se comportam. A análise dos aspetos que possam influir na autoperceção do peso dos adolescentes, bem como na sua autoestima, parece ser um dos pontos essenciais para delinear estratégias de aconselhamento e motivação nas consultas com crianças/adolescentes com excesso ponderal.

PD_06

DERMATITE ESTREPTOCÓCICA PERIANAL - CASO CLÍNICO

Filipa Raposo[1], Marina Pinheiro[1], Ariana Teles[1], Francisca Martins[1], Sérgio Mendanha[1]

[1] Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A Dermatite Estreptocócica Perianal é uma entidade bem definida, mas mal conhecida e subdiagnosticada. Tem como agente etiológico mais frequente o Estreptococo β –hemolítico do grupo A (SGA). Atinge principalmente crianças do sexo masculino, entre os 6 meses e os 11 anos de idade.

Caso Clínico: Criança de 5 anos de idade do sexo feminino, previamente saudável, observada em consulta do Pediatra assistente com queixas de obstipação, defecação dolorosa, tenesmo, hematoquésia e prurido anal e vulvar. Tinha sido avaliada anteriormente no SU da área residência e realizado rastreio de infeção urinária que foi negativo, aplicação tópica de antimicótico e corticóide (butirato de hidrocortisona) e antiparasitário, sem melhoria. Ao exame objetivo tinha bom estado geral e na região perianal apresentava dermatite circular bem delimitada, com intenso rubor e escorrência anal muco sanguinolenta amarelada. Apresentava lesões semelhantes na região vulvar. Sob suspeita de se tratar de dermatite perianal de origem bacteriana realizou teste rápido de SGA que foi positivo e zaragatoa para microbiologia que se revelou positiva para SGA sensível a Amoxicilina/Ac clavulânico, que cumpriu durante 10 dias com eficácia.

Comentários: É importante perante uma criança com eritema perianal associado ou não a dor com a defecação, exsudado ou prurido, pensar na dermatite estreptocócica perianal. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica e deverá ser confirmado com o teste rápido da lesão para pesquisa de SGA. O tratamento deverá ser iniciado de imediato e mantido no mínimo 10 dias. Embora estejam descritas recidivas em cerca de 40% dos casos, este caso clínico foi de fácil resolução, não se verificando recidiva até à data.

PD_07

HIPERTIROIDISMO - UMA APRESENTAÇÃO POUCO TÍPICA

Filipa Raposo[1], Raquel Oliveira[1], Catarina Valpaços[1], Virgínia Sampaio[1], Teresa Bernardo[1], Suzana Figueiredo[1], Hugo Rodrigues[1]

[1] Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O hipertiroidismo é raro em idade pediátrica e a sua incidência aumenta na puberdade. É mais frequente no sexo feminino (5:1). A Doença de Graves é responsável por 90% dos casos de hipertiroidismo na criança e resulta de anticorpos contra o receptor da TSH.

Caso Clínico: Adolescente de 17 anos de idade, sexo feminino, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Observada no SU por aumento ponderal de 6 kg em 6 meses, aumento do perímetro abdominal, edemas (palpebrais, mãos e pés) e dejecções moles com um mês de evolução. Referido também labilidade emocional, sonolência, episódios de taquicardia e sensação de calor excessivo. Ao exame objectivo apresentava-se com bom estado geral, apirética, taquicárdica (FC:125bpm), tiróide palpável e com edema das pálpebras, mãos e pés. A auscultação cardíaca era normal e não apresentava outras alterações dignas de registo. No estudo analítico realizado no SU apresentava TSH <0.010µUI/mL (0.6-4.9), T4 livre 2.70ng/dL (0.59-2.45) e T3 livre > 30 pg/mL (1.71-3.71), restantes resultados sem alterações. A ecografia tiroideia evidenciou tiróide com aspecto globoso e proeminente e parênquima com ecotextura heterogénea. Iniciou medicação com tiamazol e propanolol e posteriormente foi confirmado o diagnóstico de doença de Graves.

Comentários: O diagnóstico de hipertiroidismo é feito pelo doseamento dos valores da função tiroideia (TSH, T3 e T4 livres). A maioria dos sinais e sintomas que motivam a observação destes doentes correspondem as manifestações clínicas típicas de hipertiroidismo. Neste caso clínico, o facto de a adolescente apresentar aumento ponderal, edemas não só das pálpebras e a sonolência excessiva levantou algumas dúvidas em relação ao diagnóstico. Pretendemos com este caso alertar para uma apresentação atípica de hipertiroidismo.

PD_08

EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO DA INFÂNCIA – CASO CLÍNICO

Filipa Raposo[1], Marina Pinheiro[1], Ana Isabel Sequeira[1], Mariana Branco[1], Sérgio Mendanha[1]

[1] Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: O Edema Hemorrágico Agudo da Infância (EHAI) é uma vasculite leucocitoclástica, que ocorre tipicamente entre os 4 meses e os 2 anos de idade. Caracteriza-se por lesões purpúricas exuberantes localizadas na face, pavilhões auriculares e membros, bem como edema das extremidades. A exuberância das lesões cutâneas contrasta com o bom estado geral da criança e curso benigno da doença.

Caso Clínico: Criança de 23 meses de idade, sexo masculino, caucasiano e sem antecedentes pessoais relevantes. Observado pelo Pediatra assistente por tosse, rinorreia, rouquidão e febre com três dias de evolução. Ao exame objetivo estava apirético, com bom estado geral, apresentava edema das mãos e dos pés e na face, pavilhões auriculares e nos membros inferiores tinha lesões purpúricas, simetricas, confluentes, com cerca de 3 a 5 cm de diâmetro, não pruriginosas. Os exames complementares de diagnóstico realizados, incluindo hemocultura e serologias (CMV, EBV, Mycoplasma, Herpes virus e Parvovirus B19) estavam dentro da normalidade/negativos, excepto a Proteina C reativa que era de 8,5 mg/dl e a VS de 22 mm à 1ª hora. Verificou-se resolução total das lesões cutâneas em 15 dias e normalização da temperatura em 5 dias.

Comentários: No caso clínico apresentado, a idade da criança, a associação a infecção das vias aéreas superiores, a distribuição e dimensões das lesões cutâneas, a apresentação aparatosa sem grande repercussão sobre o estado geral, a normalidade dos ECD e a curso auto-limitado sem sequelas, sugeriram o diagnóstico de EHAI. Os autores pretendem com este caso alertar para uma patologia rara, que deverá ser considerada como diagnóstico diferencial numa criança febril com exantema petequial/purpúrico e edemas das extremidades.

PD_09

PTOSE PALPEBRAL – A IMPORTÂNCIA DE VALORIZAR

Raquel Oliveira[1]; Catarina Valpaços[1]; Ana Isabel Sequeira[1]; Ariana Teles[1]; Filipa Raposo[1]; Mariana Costa[1]; Suzana Figueiredo[1]; Hugo Rodrigues[1]

[1] Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A miastenia gravis (MG) é uma patologia autoimune pouco frequente em idade pediátrica, que constitui um desafio diagnóstico pelo carácter flutuante da sintomatologia e pela variedade de manifestações.

Caso Clínico: Adolescente de 15 anos, sexo feminino, trazida ao serviço de urgência (SU) por ptose palpebral esquerda com uma semana de evolução e cefaleias parietais direitas com 3 dias de evolução. Exame físico irrelevante, exceto a ptose. Foi observada por Oftalmologia e teve alta (fez tomografia computorizada cranioencefálica que estava normal). Após 2 semanas, por manutenção da ptose que agravava ao longo do dia e melhorava com o repouso, recorreu ao SU e foi orientada para consulta de Pediatria. Realizou eletromiografia dos músculos faciais bilateralmente, que estava normal e foram pedidos os níveis de anticorpos anti-receptores da acetilcolina (anti-AchR), que estavam aumentados. Foi efetuado o diagnóstico de MG ocular. Iniciou terapêutica com brometo de piridostigmina e foi orientada para a consulta de Neurologia Pediátrica. Assistiu-se a uma melhoria da ptose palpebral, que posteriormente agravou por descontinuação terapêutica contra parecer médico pelo aparecimento de náuseas. Após ajuste da dose, reiniciou medicação que atualmente cumpre, com melhoria sintomática significativa.

Comentários: A MG é um distúrbio neuromuscular cujo diagnóstico constitui um desafio nesta faixa etária. Neste caso clínico a manutenção da sintomatologia após a primeira vinda ao SU, motivou uma observação clínica cuidadosa que, apoiada pela deteção de anticorpos anti-AchR, permitiu confirmar o diagnóstico. O diagnóstico precoce é fundamental uma vez que a terapêutica instituída é eficaz.

PD_10

FONTANELA ANTERIOR PERSISTENTE – PATOLÓGICO OU VARIANTE DO NORMAL?

Alícia Rebelo[1]; Joana Ferreira[1]; Ângela Dias[1]

[1] Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: A avaliação do tamanho e configuração da fontanela anterior (FA) integra o exame objetivo completo em Pediatria. O seu encerramento ocorre por um processo lento de ossificação, entre os 4 e os 26 meses. A sua persistência deve alertar para patologias intracranianas, esqueléticas, endócrino-metabólicas ou exposição a drogas/toxinas. Há no entanto casos raros de crianças que apresentam desenvolvimento estaturo-ponderal e psicomotor normais e em que, uma vez excluídas estas hipóteses, a persistência da FA deve ser considerada uma variante do normal.

Caso Clínico: Criança de 29 meses orientada para consulta de Pediatria por FA persistente. O rastreio precoce endocrino-metabólico fora normal, apresentava desenvolvimento estaturo-ponderal e psicomotor adequados à idade, com perímetro cefálico a evoluir no P90. Tinha apenas antecedentes de episódio de convulsão febril simples aos 22 meses. Sem antecedentes familiares de relevo. À exceção de fontanela anterior com 1.5X1.5cm de diâmetro, normotensa e normopulsátil, o exame objetivo não evidenciou qualquer alteração, nomeadamente sinais de dismorfia ou malformação. Apresentava exame neurológico normal. O estudo da função tiroideia e metabolismo ósseo (cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e paratormona) foi normal. Realizou radiografia simples do crânio que confirmou a presença de fontanela anterior aberta, com suturas sagital e coronal normais.

Comentários: O encerramento da FA foi definido por Aisenson, na população americana, até aos 26 meses em 100% dos casos e em 90% entre os 7 e os 19 meses. Outros autores (Acheson e Jefferson) referem que a idade média clínica de encerramento da FA é 16,3 meses no sexo masculino e 18,8 meses no sexo feminino. No caso apresentado a FA persistente e isolada numa criança sem outros achados patológicos, aspeto reiterado pela anamnese e exame objetivo detalhados, bem como pelos exames subsidiários realizados, permitiram concluir estarmos perante uma variante do normal preconizando-se apenas vigilância clínica. Para o atraso fisiológico do seu encerramento parece contribuir uma alteração das características da camada mesenquimatosa entre a dura mater e o periósteo. Apesar de estarem descritos casos com necessidade de plastia da FA, esta reserva-se a casos de maior dimensão. Os pais devem ser tranquilizados e informados acerca deste encerramento tardio e da inexistência de patologia subjacente.

PD_11

APLASIA CUTIS CONGÉNITA – UM CASO CLÍNICO

Mónica Costeira[1], Alicia Rebelo[1],Maria Luísa Rodrigues[1], Catarina Vilarinho[2], Joana Neves[1]

[1] Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

[2] Serviço de Dermatologia do Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução: A aplasia cutis congénita consiste num grupo heterogéneo de distúrbios caracterizados pela ausência, ao nascimento, de uma porção da pele de uma forma localizada ou dispersa. Esta inclui 9 grupos com diferentes expressões clínicas. É maioritariamente um defeito isolado benigno, mas pode estar associada a outras anomalias ou síndromes malformativos. O seu tratamento depende do tamanho, profundidade e localização da lesão. Frequentemente, as lesões curam espontaneamente. A ocorrência de complicações major é rara e o prognóstico habitualmente é excelente. Contudo, é importante o aconselhamento genético na presença de outras anomalias associadas. Este deverá ser aconselhado para pais e crianças afetadas, exceto as que pertençam ao grupo 1 ou 8.

Caso Clínico: Recém-nascido do sexo masculino, gestação vigiada, serologias do 3º trimestre sem sinais de infeção aguda. Diagnóstico pré-natal de hidronefrose de 11mm à direita detetada em ecografia do 3º trimestre. Parto eutócico às 38 semanas e 6 dias. Índice de Apgar 9/10. Antropometria ao nascimento adequada à idade gestacional. Sob aleitamento materno exclusivo. Ao nascimento foi objetivada no couro cabeludo uma placa de 1x1cm circular na forma de úlcera discretamente deprimida, recoberta de crosta hemorrágica. Foi observado por Neonatologia e Dermatologia, tendo tido alta com o diagnóstico provável de aplasia cutis congénita, encaminhado para a consulta de Dermatologia Pediátrica, Pediatria Doenças Renais e Neonatologia. Aos 2 meses de vida, foi observado em consulta de Dermatologia Pediátrica. Ao exame objetivo, era notória uma placa eritematosa discretamente elevada, sem folículos pilosos, com cerca de 4-5mm de diâmetro. Deste modo, na ausência de outras anomalias e perante o processo de cicatrização da lesão, teve alta da consulta de Dermatologia, tendo sido realizada tranquilização dos pais acerca da situação clínica.

Comentários: A aplasia cutis congénita é uma lesão que pode ser causadora de grande ansiedade parental, pelo que é importante ao Pediatra o seu reconhecimento e devido esclarecimento. Apesar de se tratar, na maioria das vezes, de um defeito benigno, é importante o conhecimento da sua relação com outras anomalias e síndromes de forma a otimizar a sua orientação precoce e adequada. Da mesma forma, é importante o aconselhamento genético, nos casos que assim o justifiquem.

PD_12

ÚLCERA DE LIPSCHUTZ COMO MANIFESTAÇÃO DE PRIMO-INFEÇÃO POR VÍRUS EPSTEIN-BARR

Juliana Maciel[1]; Katarina Kieselová[1]; Victoria Guiote[1]; Martinha Henrique[1]; Teresa Rezende[1]

[1] Centro Hospitalar de Leiria, Hospital de Santo André

Introdução: A úlcera de Lipschutz é uma entidade rara, clinicamente caracterizada pelo aparecimento súbito de úlceras vulvares dolorosas em mulheres jovens sexualmente não ativas, rara em crianças. A etiologia é desconhecida, mas recentemente surgiram vários relatos que relacionam a primo-infeção pelo vírus Epstein-Barr com esta entidade. O diagnóstico é equacionado após exclusão de outras causas de ulceração genital, nomeadamente causas autoimunes, traumáticas e de doenças sexualmente transmissíveis.

Caso Clínico: Apresenta-se o caso de uma criança de 12 meses, que surge com ulceração vulvar dolorosa, associada a febre e otite média aguda. Dos exames complementares realizados, de salientar a serologia para vírus Epstein-Barr positiva e restante estudo analítico sanguíneo e de imunodeficiências negativo. A evolução foi favorável, com resolução das lesões após 6 semanas e sem recorrência durante os 6 meses de seguimento em consulta.

Comentários: Quando as causas mais comuns de úlcera genital são excluídas e não há história de contato sexual, a úlcera de Lipschutz deve ser incluida no diagnóstico diferencial, em particular nesta faixa etária.

PD_13

SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICO – RELATO DE CASO

Clara Preto[1], Liliana Rocha[1], Paula Matos[1], Sameiro Faria[1], Teresa Costa[1], Conceição Mota[1]

[1] Serviço de Nefrologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte

Introdução: O Síndrome hemolítico-urémico (SHU) caracteriza-se por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda. Apesar do SHU típico resultar da infeção por Escherichia coli, produtora de toxina Shiga, existem outras causas, que têm diferentes formas de apresentação, tratamento e prognóstico.

Caso Clínico: Criança de 3 anos transferida do hospital da área de residência por insuficiência renal oligúrica.

História de febre alta, rinorreia, tosse, vómitos esporádicos e recusa alimentar com 48 horas de evolução. Sem diarreia. Contexto epidemiológico de rinofaringite. Noção de oligúria desde a admissão no hospital de área de residência.

Ao exame objetivo apresentava-se febril, hemodinamicamente estável, com palidez cutânea, icterícia ligeira e petéquias nos membros e região perineal. Detetada hematúria macroscópica.

Analiticamente apresentava anemia hemolítica (10,8g/dl, BT 2,14mg/dl, DHL 1779U/L, prova de Coombs negativa, esquizócitos no esfregaço de sangue periférico), trombocitopenia (13.000/uL) e insuficiência renal (ureia 99mg/dl; creatinina 1,14mg/dl). Proteina C reativa 65,6mg/l. Exame sumário de urina com hematúria e proteinúria (relação proteínas/creatinina em amostra ocasional 0,96mg/mg) .

Internada para investigação e tratamento. Realizou coprocultura, com pesquisa de E.coli O157, que se revelou negativa. ADAMTS normal. Isolado vírus sincicial respiratório no lavado nasofaríngeo.

Investigadas causas de SHU atípico: Serologias para VIH negativas, C3 diminuído (68mg/dl) com C4 normal, fator H normal. Efetuado estudo molecular do complemento que detetou deleção CFHR3/CFRH1 em homozigotia.

Realizou 5 sessões de plasmaferese e tratamento de suporte.

Melhoria progressiva com resolução da insuficiência renal em D3 de internamento, da trombocitopenia em D6 e da anemia cerca de 15 dias depois.

Comentários: O SHU mediado por complemento, apesar de raro, constitui a etiologia mais frequente de SHU atípico. A sua principal etiologia são mutações genéticas nos fatores de complemento, sendo a presença de auto-anticorpos contra proteínas do complemento responsável por 6-10% dos casos. A deleção CFHR3/CFRH1 em homozigotia, presente neste caso, está associada ao desenvolvimento de auto-anticorpos anti-factor H, responsável por deficiência funcional do fator H. A infeção por VSR atuou, provavelmente, neste caso, como trigger, num individuo suscetivel, provocando uma ativação continua, não inibida, da via alternativa do complemento.

PD_14

QUANDO FOGEM DE MIM NA ESCOLA…

Cristina Madureira[1], Susana Lopes[1], Abel Mesquita[2], Sara Barros[3], Sara Figueiredo[1]

[1] Serviço de Pediatria Médica, Centro Hospitalar do Médio Ave

[2] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[3] Psicóloga Clínica, Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: A Displasia Craniofrontonasal (CFND) é uma doença rara ligada ao X, caracterizada por malformações craniofaciais graves, paradoxalmente associada a fenótipos mais exuberantes no sexo feminino.

Caso Clínico: sexo feminino, pais jovens não consanguíneos e sem antecedentes familiares relevantes, orientada para a consulta de Pediatria por malformações craniofaciais. Apresentava craniossinostose coronal com assimetria craniofacial e braquiturricefalia, fronte alta, larga e proeminente, hipertelorismo acentuado, ponta nasal bífida e baixa implantação dos pavilhões auriculares. Evidência de clinodactilia do 5º dedo e háluces largos. O estudo genético identificou uma mutação frameshift no gene EFBN1 no cromossoma X, confirmando o diagnóstico de CFND. O estudo genético dos pais foi normal (mutação de novo). Foi orientada para a consulta de Genética Médica e de Cirurgia Plástica (rinoplastia e várias cirurgias de correção de hipertelorismo). O desenvolvimento psicomotor foi adequado e após ingresso no 1º ciclo verificaram-se dificuldades na adaptação escolar e relação com os pares, com aproveitamento satisfatório. A avaliação psicológica revelou baixa autoestima, ansiedade face à exposição social e dificuldade em lidar com a frustração. Atualmente apresenta dismorfias faciais com correção parcial, escoliose ligeira e miopia/astigmatismo, mantendo seguimento multidisciplinar.

Comentários: Os autores pretendem alertar para a existência desta síndrome genética, assim como realçar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar destes casos. A par do tratamento cirúrgico, é fundamental o aconselhamento genético e o acompanhamento psicológico destas doentes, pela baixa autoestima e pelo risco de exclusão social associados a esta síndrome.

PD_15

INFEÇÃO CONGÉNITA POR CITOMEGALOVÍRUS: E QUANDO UM CASO FOGE À REGRA?

Andreia Meireles[1]; Ana Luísa Santos[1]; Raquel Alves[1]; Isabel Martins[2]

[1] Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

[2] Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

Introdução: A infeção por citomegalovírus (CMV) é a infeção congénita mais frequente nos países desenvolvidos. A maioria deve-se à primoinfeção materna durante a gravidez, embora possa também ocorrer em mulheres previamente imunes por reativação/reinfeção vírica. A demonstração de seroconversão IgG para o CMV é o melhor método para o diagnóstico de primoinfeção materna. Se a grávida apresenta IgG e IgM positivos não se pode assegurar que a infeção seja muito recente, sendo indispensável o estudo da avidez da IgG. A presença de baixa avidez indica uma primoinfeção materna recente, aconselhando-se a realização de estudos diagnósticos no feto e no recém-nascido (RN). A maioria é assintomática ao nascimento, porém é a principal causa de surdez neurossensorial e atraso psicomotor de origem infeciosa.

Caso Clínico: RN de termo, parto hospitalar por ventosa e com rotura de bolsa de águas prolongada. Nos antecedentes obstétricos destaca-se positividade de IgG e IgM para CMV, com baixa avidez no 2º trimestre e infeção do trato urinário por E. Coli no 3º trimestre. Ao exame objetivo não apresentava particularidades relevantes. Do estudo analítico salienta-se proteína C reativa elevada, pesquisa de CMV na urina por biologia molecular positiva e virémia de 822 cópias/mL. As ecografias transfontanelares (Eco TF) revelaram sinais sugestivos de vasculopatia lenticuloestriada e calcificações nos gânglios da base. As avaliações auditiva e oftalmológica não revelaram alterações. Iniciou terapêutica anti-vírica com valganciclovir.

Comentários: A altura da primoinfeção materna é o determinante mais importante das sequelas para o RN, uma vez que a gravidade da clínica é maior quando ocorre no 1º ou 2º trimestre. A decisão de tratar um RN com terapêutica antivírica é baseada na presença/ausência de sintomas e no seu estado imunológico. O caso clínico descreve um RN assintomático ao nascimento, sem alterações na avaliação auditiva, mas com alterações na Eco TF. De acordo com uma série de 141 doentes assintomáticos com vasculopatia isolada de artérias estriadas, demonstrada na Eco TF, verificou-se que 85% dos que não receberam tratamento desenvolveram hipoacusia, comparativamente aos 0% dos RN que foram tratados. Desta forma, com este caso os autores querem alertar para a importância do alto grau de suspeição, nomeadamente na seroconversão com avidez baixa, e para a nova abordagem terapêutica de doentes assintomáticos com alterações específicas na Eco TF como a vasculopatia.

PD_16

QUISTO BRANQUIAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Marinho[1], Catarina Sousa[1], Ana Coelho[1], Cidade Rodrigues[1], Mónica Recamán[1], Fátima Carvalho[1]

[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As anomalias dos arcos branquiais correspondem a 30% de todas as anomalias congénitas cervicais, sendo um importante diagnóstico diferencial a considerar na patologia do pescoço em idade pediátrica. A sua apresentação clínica pode variar entre quistos, sinus ou fistulas, e a sua localização mais comum é ao longo da face anterior do músculo esternocleidomastoideu. Apesar de muitos médicos considerarem o seu diagnóstico fácil e aparente, artigos recentes descrevem baixos índices de acurácia diagnóstica. Uma história clínica detalhada, que inclua a idade do doente, o tamanho e a duração da lesão, bem como a presença ou ausência de sintomas associados é de crucial importância para um correto diagnóstico.

Caso Clinico: Apresentamos um caso clínico de uma criança do sexo feminino com 10 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, referenciada à consulta externa de Cirurgia Pediátrica pelo Médico Assistente por uma tumefação cervical direita assintomática, com meses de evolução, detetada no exame objetivo de rotina. Na nossa consulta, detetada tumefação cervical direita no terço médio do pescoço, anteriormente ao músculo esternocleidomastoideu, de consistência elástica, com cerca de 30cm x 25cm. Do estudo complementar realizado apresenta ecografia com descrição de lesão compatível com quisto branquial. Doente submetida a exérese cirúrgica completa da lesão, sob anestesia geral. Resultado anatomopatológico definitivo a confirmar a presença de um quisto branquial do tipo amigdalóide.

Comentários: Os quistos branquiais correspondem a 17% de todas as massas cervicais encontradas em idade pediátrica. A grande maioria destes origina-se a partir do segundo arco branquial. Os quistos branquiais devem ser lembrados no diagnóstico diferencial de qualquer tumefação na porção lateral do pescoço, principalmente quando ocorrem nas primeiras décadas de vida. Um diagnóstico pré-operatório incorreto destas lesões não é incomum, sendo os principais diagnósticos diferenciais o linfangioma, a linfadenite cervical, o quisto do ducto tireoglosso, os quistos dermóides e neoplasias, entre outros. O estudo imagiológico é de crucial importância nesta patologia, quer para orientar o diagnóstico, quer para facilitar a técnica cirúrgica, sendo que apenas a histologia da lesão nos dá o diagnóstico definitivo. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

PD_17

SÍNDROME DE BECKWITH-WIEDERMANN COM TESTÍCULOS INTRA-ABDOMINAIS BILATERAIS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Marinho[1], Catarina Sousa[1], Ana Coelho[1], Carlos Enes[1], Ferreira de Sousa[1], Mónica Recamán[1], Fátima Carvalho[1]

[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, CMIN - Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O Síndrome de Beckwith-Wiedemann (SBW) é um síndrome com uma prevalência de 0,7: 10 000 nascimentos, caracterizado por um distúrbio do crescimento e com uma variedade de achados clínicos. Mais frequentemente, as crianças com SBW apresentam, gigantismo, com macrossomia pré ou pós-natal, macroglossia, visceromegalia, defeitos da parede abdominal e dismorfia facial. O criptorquidismo e a diminuição da fecundidade estão entre os sinais descritos nestes doentes. O testículo não descido é o distúrbio de diferenciação sexual mais comum nos rapazes, sendo bilateral em apenas 10% dos casos. Não existem casos descritos de testículos impalpáveis bilaterais no SBW.

Caso Clínico: E. X., é, atualmente, um adolescente de 17 anos, com diagnóstico pós-natal de SBW, que foi observado pela Cirurgia Pediátrica no primeiro ano de vida por testículos impalpáveis ao nascimento.

E.X. foi submetido a exploração inguinal bilateral aos 16 meses. Intra-operatoriamente, à direita, exploração inguinal negativa; à esquerda, exploração inguinal com testículo localizado ao nível do anel inguinal interno, sendo realizada a fixação do testículo na região inguinal com ajuda de rede de silastic. Por rejeição da rede, submetido a orquidectomia esquerda. Aos 8 anos, foi submetido a exploração laparoscópica sendo, nessa altura, observado à direita, testículo em posição muito alta, junto o polo inferior do rim. Aos 16 anos, feito abaixamento do testículo direito para a bolsa escrotal homolateral, pela técnica de Stephens-Fowlers via laparoscópica, com colocação de prótese testicular esquerda no mesmo procedimento. Actualmente seguido na consulta externa.

Comentários: Os testículos não descidos podem ser classificados em palpáveis (na raiz do canal inguinal) e não palpáveis (intra-abdominais, canaliculares ou atróficos). A maioria destes são palpáveis, sendo impalpáveis em apenas 20% dos casos. Destes 40% são atróficos, 40% são canaliculares, e apenas 20% são intra-abdominais. Diferentes técnicas são usadas para o tratamento dos testículos intra-abdominais. O tratamento das crianças com testículos intra-abdominais é ainda um assunto controverso, apesar de vários anos de pesquisa e experiência neste tema. Ainda não existem resultados a longo termo deste procedimento, e quais os seus efeitos na vascularização testicular e fertilidade.

PD_18

CONHECER PARA TRANQUILIZAR – SÍNDROMA DE BUSCHKE OLLENDORFF, CASO CLÍNICO

Isabel Ayres Pereira[1], Ana Luísa Leite[1], Luciana Barbosa[2], Ana Luísa Duarte[2], Eckart Haneke[2], Osvaldo Correia[2]

[1] Serviço de Pediatria do CHVNG/E.

[2] Centro de Dermatologia Epidermis

Introdução: O Síndroma de Buschke Ollendorff (SBO) é uma entidade rara de transmissão autossómica dominante caracterizada por nevos de tecido conjuntivo e osteopoiquilose. Resulta de uma mutação com perda de função do gene LEMD3 que codifica uma proteína reguladora negativa do fator de transformação de crescimento β e da proteína óssea morfogénica.

Caso Clínico: Criança do sexo masculino, 7 anos de idade, previamente saudável. Com lesões cutâneas indolores e não pruriginosas na coxa direita e abdómen desde os 2 anos de idade com aumento progressivo em número e tamanho. Do exame objetivo destacam-se lesões nodulo-papulares com coalescência em placa na superfície anterior da coxa direita e regiões lombossagrada e hipogástrica esquerda, de contornos irregulares e tonalidade amarela, com superfície lisa e consistência elástica.

Da história familiar materna destacam-se bisavó, avó, mãe e 3 tias com lesões cutâneas semelhantes, mãe com múltiplos focos hiperdensos na radiografia dos pés, e tia materna em investigação por suspeita de neoplasia/metástases óssea(s). A histopatologia do fragmento de biópsia da lesão na coxa direita foi compatível com dermatofibroma mixóide. Perante a suspeita de SBO realizou radiografia das mãos, punhos, joelhos, tornozelos e pés que revelou pequenos focos radiopacos no 2º metacarpo, cubóide, e região distal da tíbia e perónio esquerdos. O eletrocardiograma e ecocardiograma foram normais. Foi pedido estudo genético que detetou mutação em heterozigotia no gene LEMD3 compatível com o diagnóstico clínico de SBO.

Três anos depois verifica-se aumento discreto do número de lesões cutâneas, e refere queixas esporádicas de dor ligeira nos membros inferiores sem limitação das atividade da vida diária.

Comentários: O SBO tem uma penetrância e expressão fenotípica variáveis, estando descritos casos de lesões cutâneas e ósseas isoladamente. A osteopoiquilose é progressiva e mais evidente a partir da puberdade, e a dor óssea está descrita em apenas 25% dos casos e é habitualmente ligeira. Esta é uma entidade benigna sem sequelas a longo prazo, e o seu conhecimento e suspeição são fulcrais para o diagnóstico precoce permitindo tranquilizar a família e evitar investigações dispendiosas e desnecessárias.

PD_19

SÍNDROME GIANOTTI-CROSTI E ONICOMADESE EM CRIANÇA COM INFEÇÃO AGUDA POR PARVOVÍRUS

Carmo Ferreira[1]; Fábia Carvalho[1]; Inês Medeiros[1]; Ana Paula Vieira[2]; Helena Silva[1]

[1] Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 2 - Serviço de Dermatologia do Hospital de Braga

Introdução: A infecção por Parvovírus cursa em 25% dos casos com manifestações cutâneas, sendo o síndrome Gianotti-crosti (SGC) pouco frequente. O SGC é uma manifestação autolimitada de acrodermatite papulo-vesicular associada a infeções víricas nomeadamente por Parvovírus B19, Epstein-Barr (EBV), Coxsackie vírus, entre outros. Onicomadese é o destacamento espontâneo e indolor da unha pelo extremo proximal, consequente a doenças inflamatórias com atingimento da matriz ungueal.

Caso Clínico: Relata-se o caso de uma criança de 22 meses, sexo masculino, admitido no Serviço de Urgência por febre e congestão nasal com 24 horas de evolução. Apresentava exantema pruriginoso de tipo papulo-vesicular simétrico, com distribuição de predomínio acral, atingindo mãos e pés incluindo palmas e plantas, períneo e região peribucal, com lesões monomorfas entre 2-5mm. Objectivaram-se ainda pústulas e crostas perinasais assim como enantema maculopapular do palato, com exsudado amigdalino em toalha. Analiticamente salientava-se leucocitose (18000/uL) com neutrofilia (10200/uL) e elevação de transaminases duas vezes o limite superior. Do estudo etiológico verificou-se pesquisa de streptococus do grupo A na orofaringe negativo, IgM e DNA de parvovírus B19 positivos com IgG negativa. IgM e DNA de CMV, Varicela, Herpes e EBV assim como RMN de coxsackie A9/16/B5 e enterovírus 71 negativos. O quadro clínico foi interpretado como SGC com sobreinfeção bacteriana, pelo que cumpriu 10 dias de amoxicilina e clavulanato. Em D3 de doença iniciou progressão das lesões da face para crosta e descamação das extremidades, com total resolução em 10 dias. Após 4 semanas das primeiras lesões, ocorreu onicomadese nas mãos e pés.

Comentários: A exuberante manifestação cutânea observada neste caso é invulgar, porém autolimitada e sem sequelas. A associação de onicomadese não acarreta agravamento do prognóstico embora seja frequentemente factor de preocupação para os pais e profissionais de saúde.

PD_20

EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO DA INFÂNCIA: CASO CLÍNICO

Cristiana Martins[1], Gabriela Pereira[1]

[1] Serviço de Pediatria Cento Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, Unidade de Chaves

Introdução: O edema hemorrágico agudo da infância (EHAI) é uma vasculite leucocitoclástica rara e benigna. Caracteriza-se pelo aparecimento súbito de lesões purpúricas na face, pavilhões auriculares, escroto, extremidades e raro atingimento do tronco, associadas a edema das extremidades e por vezes febre baixa.

A sua etiologia é desconhecida, embora se considere uma vasculite mediada por imunocomplexos em resposta a estímulos antigénicos. Em 75% dos casos é precedida de uma infeção vírica ou bacteriana, imunização ou exposição a fármacos. Ocorre mais frequentemente no inverno e tipicamente atinge crianças entre os 4 e 24 meses sendo mais frequente no sexo masculino.

O EHAI tem apresentação semelhante à púrpura de Hennoch-Schonlein. Outros diagnósticos diferenciais são meningococemia, eritema multiforme e doença de Kawasaki. O diagnóstico é clínico. A biópsia de pele mostra necrose fibrinóide, infiltração de neutrófilos e células monucleares e leucocitoclase. A imunofluorescência direta pode revelar depósitos vasculares de C1q, C3 e fibrinogénio.

Não existe tratamento específico e a resolução sem complicações ocorre cerca de 3 semanas depois. A corticoterapia não altera o curso da doença, mas pode considerar-se em caso de envolvimento articular.

Caso Clínico: Latente de 12 meses, sexo masculino, habitualmente saudável, levado ao serviço de urgência por quadro de obstrução nasal e tosse com 7 dias de evolução associado a aparecimento súbito de exantema purpúrico no membro inferior esquerdo com progressão para a face, membro inferior direito e região nadegueira. Sem febre. Sem história recente de vacinação ou ingestão de fármacos. Sem hematúria. Ao exame objetivo apresentava bom aspeto geral, exantema com placas purpúricas palpáveis, anulares, com bordos bem definidos na face, extremidades, pavilhões auriculares, nádegas e escroto, edema na articulação tibiotársica direita. O restante exame objetivo não apresentava alterações. Dos exames complementares de diagnóstico realizados verificou-se: hemoglobina, ionograma, função hepática, função renal, exame sumário de urina normais, trombocitose (474000/µl), PCR 0,79 mg/dL, imunoglobulinas A, G, M normais e E elevada.

Foi medicado com betametasona 0,1 mg/kg/dia. Verificou-se resolução do quadro ao fim de 3 semanas, sem complicações.

Comentários: O EHAI tem um início súbito e um curso benigno e autolimitado. Pretende-se com este caso alertar para esta entidade, a fim de evitar uma preocupação e investigação exaustivas.

PD_21

A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO COMPLETO NA CRIANÇA!

Benedita Bianchi de Aguiar[1], Teresa Oliveira[1], Sónia Aires[1], Lúcia Gomes[1], Miguel Costa[1]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: Ao longo da evolução da medicina tem sido constante a importância da realização de um exame físico completo e regular aquando da avaliação de uma criança, assim como a sua comparação com os padrões de crescimento estabelecidos como normais.

Caso Clínico: Adolescente de 13 anos, sexo masculino, encaminhado para a consulta externa de Nutrição Pediátrica por obesidade (Peso 96.8Kg, Altura 186cm). Aquando da avaliação durante a primeira consulta foi detetado um atraso no desenvolvimento gonadal, com volume testicular de 5mm^3.

Perante o atraso pubertário apresentado foi encaminhado para a consulta externa de Pediatria/Endocrinologia, tendo sido realizado estudo analítico e posteriormente estudo genético, tendo sido efetuado o diagnóstico de Síndrome de Klinefelter.

Comentários: A exposição desde caso clinico pretende realçar a importância da realização do exame físico completo e em particular a deteção precoce de um síndrome como o de Klinefelter, antecipando possíveis atrasos a nível da fala e comportamentais assim como possibilitar acesso a terapêutica hormonal de subsitiuição atempada.

PD_22

PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN – O ENVOLVIMENTO RENAL PRECOCE

Inês Medeiros[1], Carmo Ferreira[1], Fábia Carvalho[1], Catarina Faria[1], Manuela Alves[1], Helena Silva[1]

[1] Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução: A Púrpura de Henoch-Schonlein (PHS) é a vasculite sistémica mais comum em idade pediátrica, caracterizada pela tétrade clássica de púrpura palpável (sem trombocitopenia ou coagulopatia), dor abdominal, atingimento articular e renal. O envolvimento renal surge geralmente nos primeiros dois meses após o aparecimento da púrpura, sendo o principal determinante prognóstico a longo prazo.

Caso Clínico: Criança do sexo feminino, previamente saudável, com diagnóstico de PHS aos 9 anos.

Quadro inicial caracterizado por rash purpúrico e artralgias, sem atingimento renal, após episódio de nasofaringite febril. No terceiro dia de doença iniciou dor abdominal e no sétimo dia apresentou hemoproteinúria transitória, que progrediu para valores nefróticos (2.58g/24h – 136mg/m2/h), com evolução para síndrome nefrótica (hipoalbuminemia, dislipidémia e proteinúria nefrótica) no décimo quinto dia de doença. Sem atingimento da função renal e sem hipertensão arterial. Do estudo etiológico efetuado, imunologia com ANA e Anti-DsDNA negativos, complementos e doseamento de imunoglobulinas normais; ecografia renal sem alterações.

Iniciou corticoterapia em regime de internamento, com reversão parcial da proteinúria, pelo que se optou pela continuação de terapêutica em ambulatório. Durante a redução do corticoide e em associação com abcesso dentário, verificou-se aparecimento de hematúria macroscópica e recidiva de síndrome nefrótica, com necessidade de aumento da dose de corticoterapia. Biópsia renal com depósitos mesangio-proliferativos compatíveis com nefropatia de IgA/PHS.

Comentários: O caso descrito ilustra um acometimento renal precoce e pouco frequente na PHS, de acordo com o descrito na literatura.

A presença de proteinúria nefrótica e de síndrome nefrótica, secundárias à PHS, está associada a um prognóstico menos favorável, pelo que se ressalva a importância do seguimento a longo prazo.

PD_23

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA NUM RECÉM-NASCIDO – CASO CLÍNICO

Ana Coelho[1]; Catarina Sousa[1]; Ana Sofia Marinho[1]; Ribeiro de Castro[1]; Fátima Carvalho[1]

[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A retenção urinária aguda é pouco comum na população pediátrica e pode ser sintoma de uma lesão maligna. Apresentamos o caso clínico de um recém-nascido com uma retenção urinária aguda provocada por uma massa cística pélvica.

Caso Clínico: Recém-nascido de 3 meses foi levado ao Serviço de Urgência com uma retenção urinária aguda. Ao exame objectivo a bexiga encontrava-se muito distendida e palpável, o que motivou a colocação de uma sonda vesical. A ecografia abdominal descreveu uma lesão cística infravesical, com 5 cm de diâmetro. Na cistouretrografia miccional retrógrada foi excluída estenose da uretra, e visualizou-se a bexiga desviada cranialmente, numa posição totalmente intra-abdominal e extra-pélvica, sem defeitos de preenchimento. A RM revelou uma massa multicística que media 3,6x6,2x4 cm, a ocupar a totalidade da pelve, com compressão da uretra, e provocando um desvio cranial da bexiga. Foi colocada, como hipótese de diagnóstico mais provável um teratoma sacrococcígeo multiloculado e cístico. No estudo analítico os níveis de alfa-fetoproteína (AFP) estavam elevados (179,8µg/L, normal <30µg/L). O recém-nascido foi submetido a cirurgia; foi identificada a lesão cística pélvica, a provocar um desvio cranial anormal da bexiga e dos ureteres. Foi feita uma resseção total da massa. A anatomia patológica revelou uma lesão cística com epitélio cilíndrico ciliado, sem sinais de malignidade. Um mês após a intervenção, a ecografia abdominal não mostrou nenhuma lesão pélvica nem outra anomalia. Nove meses após a cirurgia os níveis séricos de AFP eram normais.

Comentários: As massas pélvicas, na população pediátrica, podem ser congénitas e ter uma origem muito variada. A sua apresentação clínica normalmente relaciona-se com a etiologia, o tamanho e a localização. Neste caso clínico, a retenção urinária aguda, foi provocada pela presença de uma massa cística pélvica a causar compressão da uretra. A RM, os níveis de AFP e o relato cirúrgico fazem com que o diagnóstico mais provável seja o teratoma sacrococcígeo, apesar de um resultado inespecífico na anatomia patológica. O prognóstico normalmente é bom, e depende do tamanho do tumor e da resseção cirúrgica imediata e completa. Perante um recém-nascido com uma retenção urinária aguda a investigação diagnóstica e orientação terapêutica devem ser imediatas.

PD_24

DISPNEIA DE INICIO SÚBITO E CIANOSE: DA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO

Alexandra Martins[1], Isabel Nunes[1], Mariana Pinto[1], João Nascimento[2], Nuno Pacheco Pereira[2], Sandra Rocha[2], Lúcia Gomes[1]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

[2] Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Na idade pediátrica os acidentes são uma importante causa de morbimortalidade. Uma anamnese detalhada e um exame físico completos são fundamentais no diagnóstico diferencial, contribuindo para um tratamento que, caso seja desadequado ou adiado, pode trazer consequências fatais.

Caso Clínico: Criança de 15 meses, sexo masculino. Antecedentes de bronquiolite. Observado por início súbito de dificuldade respiratória e cianose. Referia um possível engasgamento com feijão, ocorrido cerca de 6 horas antes, com rubor facial, sem cianose e que resolveu espontaneamente. Terá estado assintomático após o episódio. À admissão apresentava cianose perioral, tiragem global e hipóxia. Na auscultação pulmonar constatado inicialmente murmúrio vesicular (MV) bilateral com sibilos e prolongamento do tempo expiratório tendo evoluído para diminuição do MV à direita. Realizou nebulização com salbutamol e corticóide i.m., com melhoria transitória do SDR e reversão da cianose mantendo, porém, hipóxia importante. A radiografia de tórax apresentava hipotransparência de todo o campo pulmonar direito, compatível com atelectasia. Entubado eletivamente e orientado para realização de broncoscopia rígida que confirmou o diagnóstico de aspiração de corpo estranho. Verificada oclusão completa do brônquio pulmonar direito e fragmentos do corpo vegetal com migração para a árvore brônquica esquerda que dificultaram a extração do mesmo. Por esse motivo decidido internamento na UCIP, tendo iniciado antibioterapia endovenosa e mantido sob ventilação invasiva até D4.

Comentários: A aspiração de corpo estranho é um evento frequente em idade pediátrica, potencialmente ameaçador da vida. A clínica é variável podendo manter-se assintomático várias horas e iniciar queixas de forma súbita. A anamnese detalhada pode ser a chave do diagnóstico, possibilitando o tratamento precoce e diminuindo a co-morbilidade associada.

PD_25

MÁ EVOLUÇÃO PONDERAL – PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATUAÇÃO

Inês Maio[1], Joana Correia[1], Sara Correia[2], Mónica Tavares[1], Fátima Pinto[3]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Unidade de Saúde Familiar de Ramalde, ACeS Porto Ocidental

[3] Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACeS Porto Ocidental

Introdução: A Unidade Coordenadora Funcional da Mulher, da Criança e do Adolescente (UCF) tem como missão promover a cooperação regular entre profissionais e a articulação e complementaridade entre os vários serviços do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente através da realização de reuniões de trabalho ao nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares, e fomentar a celebração e implementação de protocolos e a promoção da elaboração e implementação de normas de boa conduta. A Má Evolução Ponderal (MEP), distúrbio caracterizado por um aumento de peso inferior ao esperado em crianças com menos de 2-3 anos de idade e com uma prevalência de 5-10% nos países desenvolvidos, é um motivo frequente de referenciação à consulta de Pediatria Geral. Devido à grande influência dos fatores psicossociais nesta entidade de fisiopatologia complexa, apenas em 20% dos casos será possível obter um diagnóstico etiológico.

Metodologia: Fez-se uma revisão da literatura presente na base de dados da Pubmed com os termos "Failure to Thrive" e "Fallo de medro", a partir da qual se elaborou um protocolo de atuação, que posteriormente foi revisto e aprovado pela direção do Serviço de Pediatria do CMIN e pelo conselhos clínicos dos ACeS Porto Ocidental e Gondomar.

Resultados/Conclusão: Este documento de consenso, delineado no contexto e âmbito da UCF, aplica-se à abordagem da MEP, numa filosofia de articulação e complementaridade, definindo atuações nos dois patamares com o objetivo máximo de fomentar as boas práticas, obter ganhos na saúde infantil e no bem-estar das famílias e diminuir gastos em saúde, reduzindo os custos com exames de diagnóstico desnecessários e com referenciações dispensáveis à consulta hospitalar.

PD_26

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI – UM ACHADO RADIOLÓGICO

Catarina Sousa[1], Tânia Lopes[2], Ana Coelho[1], Sofia Marinho[1], Rafael Bindi[2], Ribeiro de Castro[1], Ferreira de Sousa[1], J. M. Gonçalves de Oliveira[2], Fátima Carvalho[1]

[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Serviço de Pediatria do CH Médio Ave

Introdução: As hérnias diafragmáticas congénitas ocorrem em 1/2000 a 1/4000 recém-nascidos. As mais comuns são as hérnias de Bochdalek, com defeito diafragmático posterolateral, habitualmente com diagnóstico pré-natal ou no período neonatal, contrariamente às hérnias de Morgagni (defeito diafragmático anterior) que são uma entidade rara, constituindo cerca de 5% de todas as hérnias diafragmáticas, e habitualmente assintomáticas até ao seu diagnóstico acidental numa radiografia torácica ou abdominal. A maioria das hérnias de Morgagni (90%) ocorrem à direita e apenas 8% à esquerda, sendo 2% bilaterais. A correcção cirúrgica é recomendada em todos os casos de modo a evitar o risco de complicações, nomeadamente o encarceramento intestinal.

Caso Clínico: Apresentamos o caso clínico de um lactente de 8 meses, sexo masculino, que recorreu ao serviço de urgência por quadro arrastado de febre e rinorreia. No decurso da investigação realizou radiografia torácica para despiste de infecção das vias aéreas inferiores, tendo sido encontrada uma hipotransparência paracardíaca esquerda sugestiva de conteúdo intestinal intratorácico, que foi melhor esclarecida em tomografia axial computorizada como sendo uma hérnia de Morgagni à esquerda. Dado o risco de oclusão e encarceramento intestinal, foi submetido electivamente a herniorrafia diafragmática laparoscópica após confirmação de defeito diafragmático anterior esquerdo com cerca de 5 cm contendo maioritariamente cólon. Sem intercorrências no período pós-operatório imediato e tardio e com alta para o domicílio após 48 horas. A radiografia torácica realizada 1 mês após o procedimento, revela cúpulas diafragmáticas normoposicionadas, sem imagem de recidiva.

Comentários: A hérnia de Morgagni é uma entidade clínica rara, habitualmente com apresentação tardia e com diagnóstico realizado numa radiografia ocasional. Este caso assume importância pela raridade da entidade e pelo tratamento minimamente invasivo, isto é, trata-se de uma hérnia de Morgagni esquerda submetida a correcção laparoscópica bem sucedida.

PD_27

TRÊS HÉRNIAS EPIGÁSTRICAS NA MESMA CRIANÇA – UM DESAFIO ESTÉTICO

Catarina Sousa[1], Ana Coelho[1], Sofia Marinho[1], Ferreira de Sousa[1], Fátima Carvalho[1]

[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A hérnia epigástrica é uma patologia congénita, apresentando-se como um pequeno defeito na linha média da parede abdominal, entre o umbigo e o esterno. É visível como uma protuberância pequena e facilmente diagnosticada com a manobra de Valsalva. Apesar da maioria ser assintomática existem casos de dor durante a realização de exercício físico. A prevalência da hérnia epigástrica encontrada na literatura ronda os 10%. Ao contrário de outros tipos de hérnias, a hérnia epigástrica não resolve espontaneamente e necessita de correcção cirúrgica. Apresentamos o caso clínico de uma criança de 5 anos, sexo masculino, com diagnóstico de três hérnias epigástricas e submetida a uma correcção cirúrgica minimamente invasiva para superar o desafio estético.

Caso Clínico: Criança de 5 anos, sexo masculino, com queixa de dor localizada à linha branca, que agravava com a atividade física. Ao exame objetivo, identificavam-se três protusões a nível da linha branca compatíveis com defeitos herniários.

Dados os múltiplos defeitos da linha branca e os resultados estéticos da correção da abordagem por via aberta serem insatisfatórios, foi proposta correção laparoscópica.

Realizou-se a cirurgia utilizando uma abordagem minimamente invasiva com recurso a um trocar de 5 mm umbilical (óptica) e um trocar de 5 mm no quadrante inferior esquerdo para colocação do instrumento de trabalho (dissector com coagulação). Para o encerramento do defeito recorremos à técnica de PIRS-like, utilizando a punção percutânea com abocath e confecção de alças com fio não-reabsorvível e absorvível respectivamente, de modo a realizar um ponto em X.

Não se registaram intercorrências no período intra e pós-operatório, com resolução completa das três hérnias e sem evidência de recidiva.

O resultado estético pretendido foi alcançado e satisfatório e as incisões são imperceptíveis quando observadas um mês após a cirurgia.

Comentários: Apesar da abordagem standard da hérnia epigástrica ser a herniorrafia por via aberta, existem situações em que ela pode ser questionada. Neste caso, na presença de três hérnias epigástricas, a necessidade de uma abordagem com melhores resultados estéticos impunha-se e a técnica proposta permite a resolução adequada e o resultado estético pretendido. Na população pediátrica, a abordagem laparoscópica para correcção de hérnias epigástricas encontra-se ainda com pouca frequência descrita na literatura, mas revelou ser a solução eficaz no tratamento deste caso clínico.

PD_28

PIELOPLASTIA DESMEMBRADA NOS SÍNDROMES DE JUNÇÃO URETEROPÉLVICO BILATERAIS – A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE NOS ÚLTIMOS 16 ANOS

Catarina Sousa[1], Ana Coelho[1], Sofia Marinho[1], João Moreira Pinto[1], Ribeiro Castro[1], Armando Reis[1]

[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O Síndrome de junção ureteropélvico (SJU) é uma das patologias urológicas pediátricas mais frequentes. Constitui a causa mais comum de hidronefrose no período neonatal. O SJU esta presente bilateralmente em cerca de 10% dos casos, sendo na maioria unilateral e com maior frequência localizado à esquerda (60%). A pieloplastia de Anderson-Hynes é o procedimento cirúrgico de eleição. O seguimento pré-natal dos SJU bilaterais é controverso. O objectivo deste estudo foi avaliar os resultados obtidos no tratamento dos casos de SJU bilateral na Unidade de Urologia Pediátrica do Centro Hospital do Porto.

Materiais e Métodos: Foi efectuada uma análise retrospectiva dos doentes submetidos a pieloplastia desmembrada nos últimos 16 anos na Unidade de Urologia Pediátrica do Centro Hospital do Porto. No período entre Janeiro de 1999 e Março de 2015, foram submetidos a pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes 560 pacientes, 7 apresentando síndrome de junção bilateral (1.25%). Foram colhidos os dados relativos ao seguimento pré e pós-operatório e as complicações a curto e longo prazo. Os estudos imagiológicos incluíram o MAG3 (mercapto-acetyl-triglycine renal scan) com teste de furosemida. Os resultados pós-operatórios foram comparados com os dados anteriores.

Resultados: Todos os pacientes com SJU bilateral tiveram diagnóstico pré-natal. Relativamente à caracterização da amostra obtida (N = 7), 85,7% eram do sexo masculino. Todos realizaram inicialmente pieloplastia unilateral, e a média de idades foi de 3 meses (valores entre 20 dias e 1 mês). Observado um caso de regressão espontânea da hidronefrose contralateral, e os restantes 6 pacientes foram submetidos a pieloplastia contralateral. Não se registaram complicações a curto ou longo prazo, sem necessidade de reoperação por recidiva.

Conclusão: A pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes é um procedimento seguro e eficiente no tratamento do síndrome de junção ureteropélvico bilateral. Existem poucas séries descritas na literatura. Estudos semelhantes contribuem para esclarecer a melhor conduta no tratamento e seguimento desde doentes.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

PD_29

HIPERTRANSAMINEMIA NA ADOLESCÊNCIA: ANÁLISE DOS ÚLTIMOS 10 ANOS NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Fábia Carvalho[1], Inês de Medeiros[1], Teresa Pontes[1], Marina Majar[2], Alexandra Estrada[2], Henedina Antunes[3,4]

[1] Serviço de Pediatria do Hospital de Braga
[2] Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Braga
[3] Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica do Hospital de Braga
[4] Instituto de Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho e Laboratório Associado ICVS´s/3B´s, Braga/Guimarães

Introdução: O aumento das transamínases em idade pediátrica é frequente e está associado não só a causas hepáticas como extra-hepáticas, embora menos frequentes. Assim, o objetivo do presente estudo é descrever as causas mais frequentes de hipertransaminemia na adolescência.

Métodos: Estudo de coorte retrospetivo que incluiu todos os adolescentes (10 aos 17 anos e 365 dias) que apresentaram valores de transaminases (T) elevadas, entre 1 de janeiro de 2004 e 31 de dezembro de 2014, num hospital terciário. Todos os valores elevados de T foram fornecidos pelo Serviço de Patologia Clínica e adequados ao sexo e idade e foram revistos os dados destes doentes no processo electronico, aplicação Glintt. Na análise estatística utilizou-se o teste t.

Resultados: Foram incluídas 63 medições correspondentes a 39 casos, 54% do sexo masculino. A mediana de idades foi de 15 anos (mínimo: 10; máximo: 17 anos). O valor máximo de TGO e TGP foi de 1741 e 1332U/L, respetivamente. Os valores de TGO e TGP foram superiores no sexo feminino (p=0,020 e p=0,035). O aumento de desidrogenase láctica (LDH) e creatinofosfoquinase (CK) foi estatisticamente superior para valores de TGO superiores a 100U/L (p=0,001e p=0,045, respectivamente). Os valores de TGP mais elevados estiveram associados a valores de CK e proteína C reactiva (PCR) aumentados (p=0,013 e p=0,001). O aumento da TGP está associado ao aumento da TGO (p=0,003), mas o contrário nem sempre se verifica (p=0,318). A maioria das medições foram pedidas pelo Serviço de Urgência de Pediatria (57,5%), seguida da Consulta de Gastroenterologia Pediátrica (12,5%). A maioria dos casos de hipertransaminemia (30%) foram de causa infecciosa, destes, 23% corresponderam a casos de Mononucleose Infecciosa (MI) e 18% a casos de hepatite de diferentes etiologias – fígado gordo, auto-imune, medicamentosa e vírus da Hepatite A e B. Foram também descritos casos de miosite, gastroenterite aguda, malária, obesidade, glicogenose tipo 1, estado de mal epiléptico e politraumatismos.

Conclusões: Este trabalho permitiu rever algumas das causas mais frequentemente associadas ao aumento das transaminases na adolescência. A patologia infeciosa, nomeadamente a MI, é aquela com maior relevo, no entanto, muitas outras causas menos comuns podem estar associadas e devem sempre ser lembradas na abordagem etiológica.

PD_30

INFLUÊNCIAS CULTURAIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE PARASITOSE INTESTINAL

Ana Rita Reis[1], Maria Eduarda Vidal[1]

[1] USF Terras de Santa Maria, ACES Entre Douro e Vouga I

Introdução: A incidência de parasitoses intestinais decresceu nas últimas décadas em Portugal, sobretudo devido à melhoria das condições higieno-sanitárias. Apesar de escassos estudos de prevalência, considera-se que Portugal é um país com baixa taxa de parasitismo. Este caso pretende ilustrar como, por vezes, uma pequena suspeita clínica pode ser importante no diagnóstico, como a abordagem holística é importante na compreensão das atitudes dos utentes, e especialmente como o património cultural pode influenciar a adesão e compreensão da terapêutica.

Caso Clínico: Menino de 5 anos, pertencente a uma família nuclear na fase III do ciclo de Duvall, classe média, segundo a escala de Graffar. Os progenitores são oriundos do leste da Europa, residindo em Portugal desde 2009. Na consulta de vigilância, a mãe referiu que, por vezes, notava "fitas brancas" nas fezes e questionou sobre a desparasitação intestinal. A criança não apresentava história de diarreia crónica nem alterações ao exame objetivo, nomeadamente rebate no peso. Dada a suspeita, foi pedido exame parasitológico de fezes, que revelou a presença de Hymenolepsis nana, um parasita da família das ténias. Foi contactado o hospital de referência, uma vez que o tratamento adequado (praziquantel) é de uso hospitalar. Contudo, dada a inexistência do fármaco, foi dada indicação de cumprir 3 dias de albendazol, com repetição 15 dias depois, no mesmo esquema. A criança manteve-se assintomática e sem afetação do crescimento estaturo-ponderal. Foi reavaliada cerca de um mês depois, sem alterações assinaláveis. Contudo, a mãe insistiu que deveria repetir novo ciclo de tratamento, porque leu que se deve fazer profilaxia de infeção por Giardia e na sua terra se fazia assim. Embora tenha sido explicado que não é indicado e que pode haver efeitos secundários, não se conseguiu demovê-la do seu objetivo e a criança foi medicada.

Discussão: Atualmente, a OMS recomenda a profilaxia de rotina apenas em países com taxas de parasitismo superiores a 20%. As desparasitações de rotina podem provocar diarreia crónica e levar ao desenvolvimento de resistências, pelo que são desaconselhadas. Porém, perante a suspeita clínica, mesmo com exame parasitológico inicial negativo, é lícito fazer prova terapêutica. É importante atentar sempre nas expectativas e cultura de cada pessoa, dado que influenciam a tomada de decisões. Esta mãe, apesar de concordar acerca dos riscos, insistiu na administração do fármaco, mesmo sendo desaconselhado.

PD_31

DOENÇA DE SORO-LIKE – A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Joana Lorenzo[1]; Sara Leite[1]; Fernanda Teixeira[1]; Guilhermina Reis[1]; Eva Gomes[2]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A doença soro-like é uma patologia rara, cuja fisiopatologia ainda não se encontra estabelecida e que ocorre mais frequentemente em idade pediátrica. O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo determinado pela relação temporal entre a ingestão do fármaco e o aparecimento da sintomatologia (1-3 semanas), classicamente composta por febre, lesões cutâneas e artralgias. Geralmente o estudo laboratorial plasmático e urinário não apresentam alterações. Para o seu diagnóstico devem ser excluídas outras patologias, por exemplo a doença de Kawasaki, o lúpus eritematoso sistémico e a vasculite urticariforme.

Descrição dos casos: Apresentam-se 3 casos de crianças com idades compreendidas entre os 15 meses e os 3 anos. Após 6-8 dias de terapêutica com amoxicilina ou amoxicilina/ácido clavulânico desenvolveram um quadro de exantema eritematoso urticariforme pruriginoso, associado a edema das pequenas articulações, com ou sem febre. O tratamento efetuado incluiu a suspensão do fármaco, corticoterapia e anti-histamínicos, verificando-se resolução clínica entre 3 a 10 dias. Nos 3 casos, o estudo da IgE específica para antibióticos β-lactâmicos foi negativo, tendo sido programada a prova de provocação oral (PPO).

Discussão: As reações a fármacos são raras e relacionam-se, na sua maioria, com as suas ações farmacológicas. Em idade pediátrica, a prevalência de exantemas de etiologia vírica é elevada, sendo, por isso, difícil estabelecer um diagnóstico perante uma criança sob antibioterapia que se apresente com clínica de alterações cutâneas e/ou articulares. Nos casos apresentados, a hipótese de doença de soro-like é considerada a mais provável devido à relação temporal entre a ingestão do fármaco e o aparecimento da clínica, que por si só é também sugestiva. A negatividade para a IgE específica vem reforçar o diagnóstico. Contudo, é necessária a realização de PPO para um diagnóstico. Nestes doentes, um diagnóstico definitivo é essencial, por um lado para assegurar a segurança da criança e, por outro, para tranquilizar os cuidadores e evitar o uso de antibioterapia de largo espectro de forma desnecessária, caso seja negativa a prova.

PD_32

TABAGISMO NA BRONQUIOLITE – ONDE HÁ FUMO HÁ FOGO?

Sara Leite[1]; Ana Lachado[1]; Alexandre Fernandes[1]; Maria Guilhermina Reis[2]; Ana Ramos[2]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Materno-infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro Materno-infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A exposição passiva ao fumo do tabaco é um fator de risco reconhecido para o internamento por bronquiolite em crianças até aos 2 anos. O Internamento em Pediatria tem sido considerado como uma oportunidade de educação parental e orientação para a desabituação tabágica.

Objetivos: Correlacionar a exposição passiva ao fumo do tabaco com a gravidade clínica da bronquiolite no doente internado, através da análise dos fatores de gravidade à admissão (sinais de dificuldade respiratória (SDR), presença de taquipneia, hipoxémia) e ao longo do internamento (necessidade de oxigenoterapia, máximo de O2 suplementar, necessidade de cuidados intensivos). Métodos: Análise retrospetiva do processo clínico dos doentes internados com BA, entre julho de 2010 e junho de 2015. Foram incluídos todos os doentes com menos de 24 meses internados com diagnóstico de BA.

Resultados: Foram incluídos 530 doentes, 55% do sexo masculino, com mediana de idades de 3.7 meses. Média de dias de internamento de 8.7, com maior prevalência nos meses de Inverno. 488 doentes apresentavam um ou mais fatores de risco associados, com 56.7% a apresentarem exposição passiva ao fumo do tabaco. Apesar de não haver correlação estatisticamente significativa, verificou-se que, nos doentes pertencentes a esta categoria de risco, havia um maior número de casos com hipoxemia e taquipneia à admissão (54% e 61% do total, respetivamente), mantendo-se uma maior necessidade de oxigenoterapia ao longo do internamento, neste grupo. Dos doentes transferidos para os cuidados intensivos 65% pertenciam a esta categoria de risco.

Discussão: A exposição passiva ao fumo do tabaco acarreta maior risco de morbilidade na criança, associada essencialmente a complicações respiratórias. Os autores pretendem alertar os cuidadores e também os profissionais de saúde para a necessidade do reforço de medidas de evicção tabágica, com uma abordagem sistemática durante internamento hospitalar, mas também em regime de consulta.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

PD_33

ESPLENOMEGALIA PERSISTENTE ASSINTOMÁTICA – UM ACHADO NÃO TRANQUILIZADOR

Margarida Coelho[1], Inês Falcão[1], Emília Costa[1], Isabel Couto Guerra[1], Esmeralda Cleto[1], Esmeralda Martins[1], Anabela Bandeira[1]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A esplenomegalia em idade pediátrica está frequentemente associada a infecções víricas, tendo um carácter transitório. Em caso de esplenomegalia persistente, importa excluir doença hematológica, congestiva, infiltrativa, de sobrecarga ou reumatológica.

Caso Clínico: Adolescente 14 anos, sexo feminino, referenciada à consulta por hepatoesplenomegalia. Segunda filha de pais não consanguíneos, antecedentes pré, peri e neonatais irrelevantes com evolução estaturoponderal e desenvolvimento psicomotor adequados.

Aos 3 anos de idade, no decurso de um quadro clínico compatível com mononucleose infeciosa, foi objetivada esplenomegalia de novo. Manteve controlo ecográfico regular, com persistência da esplenomegalia, tendo aos 5 anos sido constatada hepatoesplenomegalia homogénea e aos 14 anos, imagem ecográfica compatível com hemangioma hepático. Nesta altura efectuou pela primeira vez hemograma que demonstrou trombocitopenia. Esta citopenia associada a hepatoesplenomegalia motivou a referenciação a Hematologia Pediátrica. Referia equimoses fáceis em contexto de trauma e gengivorragia esporádica. Ao exame objetivo, apresentava ar emagrecido (IMC <P3), equimoses e hematomas dispersos nos membros inferiores, sem adeno ou organomegalias palpáveis, sem estigmas de doença hepática crónica.

A avaliação imagiológica corroborou a hepatoesplenomegalia e excluiu hipertensão portal. O hemograma apresentava apenas trombocitopenia de 41000/uL e o estudo de coagulação APTT prolongado. A investigação inicial permitiu excluir as causas congestivas, infecciosas, hematológicas e inflamatórias mais comuns. Após discussão do caso com a Unidade de Doenças do Metabolismo, foi realizado o estudo de doenças de sobrecarga, em que o doseamento da glucocerosidade ácida (1.5nmol/mg proteína), permitiu o diagnóstico de Doença de Gaucher. Perante o diagnóstico de uma doença de sobrecarga lisossomal foi encaminha para consulta específica, onde irá iniciar terapia de substituição enzimática.

Comentários: Este caso ilustra a importância da avaliação multidisciplinar de causas secundárias de esplenomegalia persistente em idade pediátrica, ainda que assintomática. O diagnóstico presuntivo de esplenomegalia constitucional deverá ser um diagnóstico de exclusão, dada existência de patologias que podem permanecer assintomáticas durante longos períodos de tempo, algumas com tratamento disponível, modificador do curso e prognóstico da doença.

PD_34

HEALTH4MOZ – 5ª MISSÃO FORMAÇÃO EM NEONATOLOGIA

Ana Margarida[1], Ana Guedes[1]

[1] Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

A Health 4 MOZ é uma Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento (O.N.G.D.). Tem como objectivo a concepção, execução e apoio de programas e projectos de cooperação para o desenvolvimento e de assistência humanitária em Moçambique nas áreas da saúde, incluindo educação, assistência médica, medicamentosa e alimentar.

Desenvolve a sua actividade prioritariamente no âmbito da promoção da saúde da criança e da família no norte de Moçambique.

A sua 5ª missão desenvolveu-se este ano, na semana de 13 a 17 de julho no norte de Moçambique, em Nampula, em parceria com a Universidade de Unilúrio, o Ministério da Saúde de Moçambique, o Hospital de S.João e o Centro Hospitalar do Porto.

Consistiu em duas vertentes:

"1º Curso Pré- e Pós-graduado em vigilância da gravidez e assistência ao parto"

"1º Curso Pós-graduado em cuidados básicos e cuidados intensivos neonatais".

Num país em franco crescimento demográfico, onde uma em cada 200 mulheres morre por complicações relacionadas com a gravidez/parto e a mortalidade neonatal atinge cerca de 30/1000, faz todo o sentido investir na formação e esta missão mostrou isso mesmo nos resultados alcançados.

As autoras apresentam alguns dados estatísticos referentes á região em que o trabalho foi desenvolvido e mostram a formação efectuada na área da neonatologia.

O lema da H4Moz é: "A verdadeira solidariedade começa onde não se espera nada em troca". Cabe-nos a nós pensar de que maneira podemos começar a contribuir!

PD_35

ANEMIA AGUDA DE NOVO: O MESMO SINAL, DIFERENTES ETIOLOGIAS

Inês Falcão[1]; Margarida Coelho[1]; Isabel Couto Guerra[1,2]; Emília Costa[1,2]; Esmeralda Cleto[1,2];

[1] Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Unidade de Hematologia do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Anemia define-se como um valor de hemoglobina inferior aos dois desvios-padrão para a idade e sexo, sendo a gravidade da mesma dependente de vários fatores, nomeadamente o contexto clínico. Habitualmente, é uma manifestação de agudização de doença previamente conhecida; contudo pode evidenciar-se como manifestação inicial de diversas patologias, adquiridas ou hereditárias.

Casos Clínicos: Os autores apresentam nove casos clínicos de doentes selecionados da consulta externa de Hematologia Pediátrica cuja primeira manifestação foi anemia aguda grave. Todos apresentavam valores de hemoglobina <7g/dL. O diagnóstico foi feito após investigação etiológica e posteriormente foi estabelecida a abordagem terapêutica. De etiologia adquirida apresentam-se cinco casos: quatro de anemia ferripriva (dois por défice de aporte de ferro, e dois por hemorragia, um deles em contexto de hemossiderose pulmonar) e um caso de anemia hemolítica auto-imune. De etiologia hereditária apresentam-se quatro casos: dois casos de esferocitose hereditária (um com crise aplásica após infeção por Parvovirus B19 e outro com crise hemolítica em contexto de infeção vírica); um caso de défice enzimático (enzima glicose-6--fosfato desidrogenase) desencadeado por ingestão de favas e outro de anemia de células falciformes com crise hemolítica concomitante. Todos foram abordados em regime de internamento consoante a gravidade clínica e etiologia subjacente, com evolução favorável.

Conclusão: Na investigação etiológica de uma anemia aguda grave é fundamental a sua caracterização correta com base em todos os parâmetros hematológicos disponíveis. O diagnóstico assertivo é fundamental, atendendo às diferentes implicações no que diz respeito à abordagem, orientação e prognóstico.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2015, vol XXIV, Suplemento II

índice de autores

Abreu M; CO_11, PD_04
Afonso A; CO_03
Aires S; PD_21
Alencoão I; CO_09
Álvares S; CO_09
Alves M; PD_22
Alves R; PD_15
Antunes H; CO_07, PD_29
Araújo R; CO_18
Ayres Pereira I; PD_18
Azevedo LF; CO_10
Bandeira A; CO_15, PD_33
Baptista V; CO_07, CO_08
Barbosa J; PD_02
Barbosa L; PD_18
Barbosa T; CO_13
Barros S; PD_14
Barroso F; CO_02, CO_17
Beatriz A; CO_13
Bernardo T; PD_07
Bianchi de Aguiar B; PD_21
Bindi R; PD_26
Bodas AR; CO_10
Braga J; CO_09
Branco M; PD_08
Borges T; CO_02
Cardoso C; CO_13
Cardoso H; CO_02
Carvalho F; PD_19, PD_22, PD_29
Carvalho F; CO_12, PD_16, PD_17, PD_23, PD_26, PD_27
Carvalho J; CO_01
Carvalho L; CO_05
Carvalho S; CO_07
Cleto E; PD_33, PD_35
Coelho A; PD_16, PD_17, PD_23, PD_26, PD_27, PD_28
Coelho M; CO_15, PD_33, PD_35
Coimbra J; CO_12
Correia J; CO_02, PD_25
Correia O; PD_18
Correia Pinto J; CO_08
Costa A; CO_04
Costa Alves M; CO_03
Costa E; CO_17, PD_03, PD_33, PD_35
Costa M; PD_09,
Costa M; CO_05, PD_21
Costa S; CO_03
Costa T; PD_13
Costa V; CO_05
Costeira M; PD_11
Couto Guerra I; CO_12, PD_35
Cruz MA; PD_02, PD_03
Dias Â; PD_10
Duarte AL; PD_18
Enes C; PD_17
Estrada A; PD_29
Falcão I; PD_33, PD_35
Faria C; PD_22
Faria S; PD_13
Fernandes A; PD_04
Fernandes A; CO_02, CO_16, PD_32
Fernandes S; PD_04
Ferreira AM; CO_18
Ferreira C; PD_19, PD_22
Ferreira J; CO_01, PD_10
Ferreira N; CO_01
Ferreira S; CO_06
Ferreira Sousa; PD_17, PD_26, PD_27
Figueiredo S; PD_14
Figueiredo S; PD_07, PD_09
Flores H; CO_12
Fonseca M; CO_11
Gabriel JP; CO_10
Gaspar E; CO_10
Gomes E; PD_31
Gomes L; CO_05, PD_21, PD_24
Gomes P; CO_06
Gonçalves A; CO_03, CO_08
Gonçalves Oliveira JM; PD_26
Guedes A; CO_09, PD_34
Guedes M; CO_17
Guiote V; PD_12
Haneke E; PD_18
Henrique M; PD_12
Inocêncio G; CO_09
Kieselová K; PD_12
Lachado A; CO_13, CO_16, PD_32
Leitão JC; CO_10
Leite AL; PD_18
Leite J; CO_11
Leite S; CO_12, CO_16, PD_31, PD_32
Lopes S; PD_14
Lopes T; PD_26
Lorenzo J; CO_14, PD_31
Loureiro R; CO_12
Loureiro T; CO_17
Maciel J; PD_12
Madureira C; PD_14
Magalhães M; CO_09
Maia C; PD_05
Maio I; PD_04, PD_25
Majar M; PD_29
Maré R; CO_03
Margarida A; PD_34
Marinho AS; PD_16, PD_17, PD_23
Marinho S; PD_26, PD_27, PD_28
Martins A; PD_24
Martins C; PD_20
Martins E; CO_15
Martins E; PD_33
Martins F; PD_06
Martins H; CO_06
Martins I; PD_15
Martins M; CO_11
Martins S; CO_06
Martins T; CO_11
Matos P; PD_13
Medeiros I; PD_19, PD_22, PD_29
Meireles A; PD_15
Meireles D; CO_14, CO_15
Mendanha S; PD_06, PD_08
Mendes MJ; CO_09
Mesquita A; PD_14
Monteiro C; PD_01
Monteiro V; CO_18
Morais S; CO_17
Moreira AC; PD_05
Moreira C; CO_03, CO_08
Moreira LT; PD_02
Moreira Pinto J; PD_28

Moreira Silva H; CO_12, CO_15,
Mota C; PD_13
Mourão H; CO_06
Nascimento J; PD_24
Neves J; PD_11
Nunes I; PD_24
Oliveira F; CO_15
Oliveira J; PD_01
Oliveira R; PD_07, PD_09
Oliveira T; PD_21
Pacheco Pereira N; PD_24
Patraquim C; CO_03, CO_06
Pereira A; CO_10
Pereira G; PD_20
Pinheiro M; CO_02, PD_06, PD_08
Pinto F; PD_04, PD_25
Pinto M; PD_24
Pinto S; CO_14
Pontes T; CO_07, PD_29
Portela A; CO_11
Preto C; CO_02, PD_13
Proença E; CO_09
Queirós MA; PD_03
Ramos A; CO_02, CO_12, CO_13,
CO_14, CO_16, PD_32
Raposo F; PD_06, PD_07, PD_08,
PD_09
Rebelo A; PD_10, PD_11
Recaman M; PD_16, PD_17
Reis A; PD_28
Reis AR; PD_30
Reis MG; CO_16, PD_31, PD_32
Relvas A; CO_05
Rezende T; PD_12
Ribeiro de Castro; PD_23, PD_26,
PD_28
Ribeiro C; CO_05
Rocha C; CO_18
Rocha L; PD_13
Rocha S; PD_24
Rodrigues C; PD_16
Rodrigues H; PD_07, PD_09
Rodrigues J; PD_03
Rodrigues MC; CO_09
Rodrigues ML; PD_11
Sampaio V; PD_07
Santos AL; PD_03, PD_15
Santos Silva E; CO_12, CO_15
Sequeira AI; PD_08, PD_09
Silva H; PD_19, PD_22
Silva H; PD_02
Silva J; CO_18
Soares B; PD_05
Soares J; CO_01
Sousa C; PD_16, PD_17, PD_23,
PD_26, PD_27, PD_28
Sousa D; CO_04
Tavares M; PD_25
Tavares S; CO_18
Teixeira F; PD_31
Teixeira J; CO_03
Teixeira MA; PD_03
Teles A; PD_06, PD_09
Torre R; PD_02
Valpaços C; PD_07, PD_09
Valongo Â; PD_05
Vidal ME; PD_30
Vieira AP; PD_19
Vilarinho C; PD_11
Zilhão C; CO_14, CO_17

Sponsors and exhibitors
Apoios e expositores

AGENDA ADEMI 2015

Curso de Imunodeficiências Primárias

IGM | CHP, 11 de Maio

Destinatários:

Pediatras, Internos Complementares de Pediatria

Curso de Colposcopia – do diagnóstico à terapêutica

CMIN | CHP, 29 e 30 de Maio

Destinatários:

Obstetras e Ginecologistas, Internos Complementares de Obstetrícia e Ginecologia

III Curso de Atualização em Pediatria para MGF

CHP, 5 e 6 de Junho

Destinatários:

Pediatras, Internos Complementares de Pediatria e de MGF

Da Enurese Primária à Bexiga Neurogénica

IGM, 2 de Outubro

Destinatários:

Pediatras, Internos Complementares de Pediatria e de MGF

I Jornadas de Enfermagem do CMIN-CHP

Porto, 29 e 30 de Outubro

Destinatários:

Enfermeiros da área da Saúde Materno Infantil e Pediátrica

XXVII Reunião Anual de Pediatria do CMIN-CHP

CHP, 26 e 27 de Novembro

Destinatários:

Pediatras, MGF, Internos Complementares de Pediatria e MGF

Transplantes Implicações Obstétricas e Ginecológicas

CHP, 5 de Dezembro

Destinatários:

Obstetras, Ginecologistas e Internos Complementares de Obstetrícia e Ginecologia

Informação disponível em www.ademi.pt

XXVII Reunião Anual de Pediatria
do Centro Materno Infantil do Norte

Auditório Prof. Doutor Alexandre Moreira do CHP, Porto

26 e 27 de Novembro de 2015

Organização:

CMIN Centro Materno Infantil do Norte

centro hospitalar do Porto

ademi

Patrocínio Científico:

SPP Sociedade Portuguesa de Pediatria

Evento reconhecido