NASCER E CRESCER

Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto | Departamento de Ensino, Formação e Investigação
Ano | 2013 **Volume |** XXII **Número |** Suplemento

Directora | Editor-in-Chief | Sílvia Álvares; **Director Adjunto | Associated Editor |** Rui Chorão; **Directora Executiva | Executive Editor |** Luísa Lobato

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

Corpo Redactorial | 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
Gabriela Soares, CGMJM
Gustavo Rocha, CHSJ
João Barreira, CHSJ
Laura Marques, CHP
Margarida Guedes, CHP
Rui Almeida, HPH/ULSM

Editores especializados | Section Editors

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

Perspectivas Actuais em Bioética – Natália Teles, CGMJM

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; Paula Martins, HPCM/CHUC, Rui Anjos, HSC/CHLO; Sílvia Álvares, CHP

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

Caso Dermatológico – Manuela Selores, CHP; Susana Machado, CHP

Caso Electroencefalográfico – Rui Chorão, CHP

Caso Endoscópico – Fernando Pereira, CHP

Caso Estomatológico – José Amorim, CHP

Caso Radiológico – Filipe Macedo, CHAA

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

Educação Científica – Margarida Lima, CHP, ICBAS-UP

Pequenas Histórias – Margarida Guedes, CHP

Consultor Técnico | Consultant

Gama de Sousa, Porto

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

Maria José Bento, IPOPFG

Conselho Científico Nacional | | National Scientific Board

Alberto Caldas Afonso, CHSJ, FMUP, Porto
Almerinda Pereira, HB/EB, Braga
Ana Maria Leitão, HSSM, Barcelos
Ana Ramos, CHP, Porto
António Martins da Silva, CHP e ICBAS/UP, Porto
Arelo Manso, Porto
Braga da Cunha, CHTS, Penafiel
Cidade Rodrigues, CHP, Porto
Conceição Casanova, CHPVVC, Póvoa de Varzim
Eurico Gaspar, CHTMAD, Vila Real
Fátima Praça, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia
Gonçalves Oliveira, CHMA, Famalicão
Helena Jardim, CHP, Porto
Henedina Antunes, HB/EB, Braga
Hercília Guimarães, CHSJ, FMUP, Porto
Herculano Rocha, CHP, Porto
Ines Lopes, CHVNG/E, Vila Nova de Gaia
José Barbot, CHP, Porto
José Carlos Areias, FMUP, Porto
José Cidrais Rodrigues, HPN/ULSM, Matosinhos
José Pombeiro, CHP, Porto
Lopes dos Santos, HPH/ULSM, Matosinhos
Luís Almeida Santos, CHSJ, FMUP, Porto
Manuel Salgado, HPCM/CHUC, Coimbra
Manuela Selores, CHP, 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
Pedro Freitas, CHAA, Guimarães
Rei Amorim, CHAM, Viana do Castelo
Ricardo Costa, CHCB, Covilhã
Rosa Amorim, CHP, Porto
Rui Carrapato, CHEDV, Santa Maria da Feira
Teresa Oliveira, CHP, Porto
Teresa Temudo, CHP, Porto

Conselho Científico Internacional | | International Scientific Board

Alain de Broca, Centre Hospitalier Universitaire Amiens, Amiens
Annabelle Azancot-Bergel, Hôpital Robert-Debré, Paris
Francisco Alvarado Ortega, Hospital Materno Infantil Universitario La Paz, Madrid
Francisco Ruza Tarrio, Hospital Materno Infantil Universitario La Paz, Madrid
George R. Sutherland, St. George's Hospital Medical School Cranmer Terrace, Londres
José Boix Ochoa, Barcelona
Jean-François Chateil, Hôpital Pellegrin, Bordéus
José Quero, Hospital Universitario La Paz, Madrid
Juan Tovar Larrucea, Hospital Universitario La Paz, Madrid
Juan Utrilla, Fundacion Pedro Borras, Madrid
Luis Callís, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona
Peter M. Dunn, University of Bristol, Bristol

Assessores Editoriais | Editorial Assistants

Carolina Cortesão
Paulo Silva

Publicação trimestral resumida e indexada por

Catálogo LATINDEX
EMBASE / Excerpta Médica
Index das Revistas Médicas Portuguesas
SciELO
Scopus
Artigos disponíveis no Repositório Científico do CHP http://repositorio.chporto.pt

Design gráfico

bmais comunicação

Execução gráfica e paginação

Papelmunde, SMG, Lda
Vila Nova de Famalicão

ISSN

0872-0754

Depósito legal

4346/91

Tiragem

2.500 exemplares

Autorização CTT

DE 0005/2005 DCN

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

Condições de assinatura

Anual Nacional (4 números) - 40 euros
Anual Estrangeiro (4 números) - 80 euros
Número avulso - 12 euros

CGMJM, Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães, CHAA, Centro Hospitalar do Alto Ave; CHAM, Centro Hospitalar do Alto Minho; 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; FMUP, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; HB/EB, Hospital de Braga/Escala Braga; 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; ICBAS/UP, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; IPOPFG, Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil; ULSN, Unidade Local de Saúde do Nordeste.

I Reunião de Pediatria e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto

Presidente da Reunião

Sollari Allegro

Comissão científica

Almerinda Pereira
Armando Pinto
Braga da Cunha
Caldas Afonso
Cidade Rodrigues
Conceição Casanova
Eurico Gaspar
Fátima Carvalho
Fátima Praça
Fernando Pereira
Gonçalves Oliveira
Goretti Lobarinhas
Herculano Rocha
Jorge Braga
José Rei Amorim
Manuela Selores
Óscar Vaz
Paula Soares
Pedro Freitas
Rui Carrapato
Serafim Guimarães
Teresa Temudo
Virgílio Senra
Zulmira Correia

Comissão organizadora

Ana Guedes
Ana Ramos
António Braga
Bruna Vieira
Conceição Mota
Maria do Céu Rodrigues
Paula Cristina Fernandes
Paulo Sarmento
Rosa Maria Rodrigues
Sílvia Alvares
Teresa Oliveira
Vasco Lavrador

Patrocínios científicos

Ordem dos Médicos
Sociedade Portuguesa de Pediatria
Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal
Sociedade Portuguesa de Ginecologia
Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal

Organização

Centro Hospitalar do Porto
Ademi

Instituições colaboradoras

CH Porto
CH Alto Ave
CH Entre Douro e Vouga
CH Médio Ave
CH Póvoa de Varzim I V. Conde
CH São João
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-FG Porto
ULS Alto Minho
ULS Matosinhos
ULS Nordeste

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

I Reunião de Pediatria e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto

Resumo das Intervenções

MITOS E REALIDADES – JOVENS E CONTRACEÇÃO

M. Céu Almeida[1]
[1]Sociedade Portuguesa de Contracepção, 3030-327 Coimbra, Portugal

Falar de jovens adolescentes é falar de todos … tão diferentes, num mundo cada vez mais global, multicultural e em permanente mudança … Mas todos tão iguais, com necessidades sexuais, desejos, fantasias e sonhos, e como tal, todos com o direito de ser capazes de explorar, experimentar e expressar as suas sexualidades de uma maneira saudável, positiva, prazenteira e SEGURA … tão especiais pois são os adultos de amanhã que se pretende que sejam melhor informados, sem preconceitos e falsos conceitos.

Falar de contraceção é falar de educação sexual e reprodutiva, é falar de educação para a saúde. Como vai dos 10 aos 19 anos temos que ter abordagens diferentes na divulgação da informação e no aconselhamento, respeitando a diversidade, autonomia e direitos.

Os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e múltiplas estruturas (escola, GAJ, internet, comunicação social, ONG, serviços de saúde) atualmente contribuem para jovens mais informados, mais esclarecidos e com mais competências para virem a desenvolver uma vida sexual saudável. NO ENTANTO, permanecem mitos ligados á sexualidade e contraceção, que se encontram profundamente enraizados na sociedade. Mitos associados á subavaliação do risco de gravidez e das IST, aos riscos da pílula, ao risco do DIU. Mitos presentes nos jovens e nos profissionais que com eles trabalham.

Nos adolescentes todos o métodos reversíveis são elegíveis, de acordo com os Critérios médicos de elegibilidade da OMS, a idade não é fator limitativo. Os métodos de contraceção devem ser divulgados e integrados num aconselhamento mais vasto, de promoção para a saúde e cidadania.

O contracetivo ideal para jovens deve ser muito eficaz, fácil de usar e ir ao encontro das suas expectativas. A tolerabilidade deve ser elevada e os benefícios não contracetivos tais como controlo do ciclo, da dismenorreia e acne devem ser alcançados. MAS, não há métodos 100% eficazes e sem riscos ou efeitos secundários. Por isso, é necessária informação clara e precisa sobre os efeitos secundários possíveis e transitórios e os efeitos secundários graves e passiveis de procura de esclarecimento médico. Realçar a importância da prevenção das infeções de transmissão sexual com a utilização do preservativo em associação a outro método contracetivo mais seguro na prevenção da gravidez.

Em Portugal, o número de adolescentes que são mães e que recorrem ao aborto tem vindo a diminuir gradualmente sugerindo os dados nacionais que o uso de contraceção nos jovens sobretudo nos jovens escolarizados tem vindo a aumentar. Tal como nos outros países, o insucesso escolar, o abuso de álcool e de drogas ilícitas são fatores de risco para o inicio da atividade sexual em idades mais jovens, para a gravidez na adolescência e para as IST.

CONTRACEÇÃO DE URGÊNCIA – UMA OPORTUNIDADE

Andrea Lebre[1]
[1]S. Ginecologia e Obstetrícia, CH Porto, 4050-371 Porto, Portugal

Desde o DL 12/2001 que o acesso à contraceção de emergência (CE) está regulamentado em Portugal, tendo sido estabelecido o seu regime de venda livre no DL 134/2005. Estas leis contribuem para que Portugal seja dos países europeus em que o acesso à CE é mais facilitado.

Os meios contracetivos de emergência são disponibilizados em centros de saúde, em consultas de planeamento familiar, ginecologia e obstetrícia dos hospitais, em centros de atendimento a jovens e nas farmácias.

A CE é um método de segunda linha na prevenção primária da gravidez não desejada, constituindo com efeito a única contraceção que pode ser utilizada após uma relação sexual desprotegida, após um "acidente" contracetivo ou após um caso de violação.

Existem métodos de CE hormonais e mecânicos, sendo a *pílula do dia seguinte* a mais frequentemente usada. No mercado há várias pílulas, que ao longo do tempo foram aumentando de eficácia e diminuindo o número de efeitos laterais. A sua possibilidade de utilização varia até às 120 horas, sendo tanto mais eficaz quanto mais cedo for administrada. Não havendo muitas contra-indicações ao seu uso qualquer mulher em idade fértil pode usar a CE.

Além de constituir a última oportunidade para prevenir uma gravidez indesejada (podendo eventualmente também diminuir o número de interrupções de gravidez por opção da mulher), o recurso aos serviços de saúde para pedido de CE é um momento

privilegiado para educação para a saúde (prevenção de infeções sexualmente transmissíveis) e para iniciar um método de planeamento familiar eficaz adaptado a cada mulher. Estes factos serão particularmente importantes nos casos das adolescentes, que frequentemente têm falta de informação e pouca experiência na utilização de contraceção.

SITUAÇÕES ESPECIAIS – DOENÇA CRÓNICA, DEFICITS COGNITIVOS, ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO

Marcília Teixeira[1], Mónica Fernandes[2]
[1]S. Ginecologia, U. Maternidade Júlio Dinis, CH Porto, 4050-371 Porto, Portugal
[2]S. Psiquiatria Ligação e Saúde Mental, U. Maternidade Júlio Dinis, CH Porto, 4050-371 Porto, Portugal

O desenvolvimento sexual é um processo multidimensional e com uma relação direta com as necessidades básicas do ser humano como o sentir-se aceite e amado, dar e receber afeto, sentir-se atrativo e interessante e partilhar sentimentos e pensamentos.

A adolescência é um momento chave deste processo, em que algumas das tarefas desenvolvimentais incluem aceitar um corpo adulto capaz de se reproduzir, ser capaz de estabelecer e manter relações de intimidade, gerir emoções complexas, pensar de modo independente e resolver problemas.

Verschuren et al (2010) definem Doença Crónica como uma condição anormal causada por fatores externos ou internos que compromete a condição física do indivíduo, associada a sintomas específicos, influenciando normalmente o bem-estar psicológico.

A gestão de qualquer doença crónica durante a adolescência – uma fase de rápido crescimento e mudanças psicológicas acompanhadas por processos de construção de identidade e de socialização – constitui um desafio enorme para o indivíduo, para a sua família e para a equipa de saúde que os acompanha.

Os efeitos da doença crónica na sexualidade são multifatoriais e biopsicossociais, podendo ser diretos ou indiretos. Por outro lado, o estádio da vida em que a doença ocorre também determina o impacto desta no funcionamento e bem-estar sexual. A doença pode afetar o bem-estar psicológico de diversas formas, conduzindo a reações adaptativas normativas, problemas de adaptação ou psicopatologia, que podem indiretamente afetar a sexualidade. Alguns dos fatores relevantes para percebermos a associação entre doença crónica e sexualidade são a auto-imagem, auto-estima, estilos individuais de *coping* e competências de ajustamento.

Para alguns adolescentes com doença crónica a dependência ou mesmo super proteção dos pais pode limitar a sua expressão sexual e experimentação. A consequência desta negação dos pais, educadores e técnicos de saúde pode ser uma passagem ao ato, com comportamentos como ter múltiplos parceiros ou não usar contraceção.

Da mesma forma que a doença crónica também a deficiência intelectual é uma situação especial no que diz respeito à adolescência e à sexualidade.

A prevalência de deficiência intelectual na população em geral é de cerca de 1-3 %. Destes, aproximadamente 87% são casos ligeiros, que conseguem completar o 6º ano de escolaridade e com pouca ajuda podem conseguir uma vida independente.

As crianças com perturbações neurodesenvolvimentais têm 20 vinte vezes mais probabilidade de experienciarem mudanças pubertais precoces. A puberdade precoce pode ser um desafio para as crianças com deficiências, que provavelmente serão emocionalmente imaturas, o que afetará uma imagem corporal e auto-estima já de si alteradas, aumentará a complexidade das atividades de higiene e de auto-cuidado e aumentará o risco de vitimização sexual.

Os adolescentes com deficiência intelectual experienciam significativamente mais isolamento social do que os seus pares, o que limita as suas oportunidades para uma experimentação sexual e desenvolvimento social normal. Experienciam a estigmatização de serem percebidos como indivíduos com desejos sexuais e românticos diferentes dos outros. A distância entre a sua pobre discriminação mental das situações e os seus impulsos sexuais físicos normais pode levar a expressões da sexualidade inadequadas do ponto de vista social.

O National Center on Child Abuse and Neglect (Murphy, Elias, 2006) relatou que as crianças com deficiências intelectuais têm uma probabilidade 2.2 superior de serem sexualmente abusadas do que as crianças sem deficiência. As crianças e adolescentes com deficiência são mais vulneráveis a abuso sexual por serem dependentes de outros para os seus cuidados íntimos, maior exposição a um maior número de cuidadores e contextos, competências sociais inadequadas, pobre capacidade crítica, incapacidade de procurar ajudar ou denunciar o abuso e falta de estratégias para se defender.

Quando as questões relacionadas com os comportamentos sexuais dos indivíduos são discutidas abertamente no contexto familiar, estamos a promover o desenvolvimento sexual e a probabilidade de abuso sexual será reduzida ou eliminada.

Os cuidados ginecológicos de rotina são uma parte importante dos cuidados de saúde de todas as mulheres. Isto também é válido para as mulheres com deficiência intelectual. Esta têm necessidades especificas quanto aos cuidados ginecológicos e reprodutivos. A existência de limitações cognitivas e físicas, tal como experiências traumáticas anteriores, levam a que menos de 40% das mulheres com deficiência intelectual tenham cuidados ginecológicos regulares.

Estes adolescentes deverão beneficiar de programas de educação para a sexualidade específicos, que permitam que a informação seja apresentada de modo que lhes seja possível assimilá-la e que incluam temas como: fisiologia, mudanças da puberdade, cuidados pessoais e de higiene, exames médicos, competências sociais, expressão sexual, métodos contracetivos e direitos e responsabilidades do comportamento sexual.

Os pais tendem a infantilizar estes adolescentes, especialmente se eles têm necessidades a longo prazo de cuidados nas atividades pessoais e de higiene. Os pediatras estão numa posição privilegiada para defenderem uma transição de sucesso para os adolescentes com deficiências e suas famílias. Os clínicos podem explorar as expectativas dos pais quanto ao desenvolvimento sexual dos seus filhos enquanto fornecem informação geral e factual sobre a sexualidade de pessoas com deficiências similares. A introdução da discussão de temas relacionados com o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossexual com os pais deve acontecer em idade precoce dos filhos, prolongando-se nas visitas até à adolescência. No contexto da relação médica, o pediatra pode defender a independência da criança com deficiência intelectual discutindo estes temas em privado com a criança e simultaneamente informando os pais dos temas discutidos.

É importante, então:

- discutir temas relacionados com o desenvolvimento físico, maturidade e sexualidade numa base regular, começando na 1ª infância e continuando ao longo da adolescência.
- assegurar a privacidade de cada criança e adolescente.
- apoiar os pais na compreensão de como as competências cognitivas dos seus filhos afetam o comportamento e a socialização.
- encorajar as crianças com deficiência cognitiva e os seus pais a otimizarem a independência, nomeadamente a relacionada com os auto-cuidados e competências sociais.
- terem consciência das necessidades médicas especiais, tal como exames ginecológicos adaptados, proteção das IST e gravidezes e aconselhamento genético quando apropriado.
- reconhecer que as crianças com deficiências intelectuais estão em maior risco para abuso sexual
- defender uma educação sexual apropriada do ponto de vista desenvolvimental em casa, na comunidade, na escola.
- encorajar os pais para serem os principais vetores numa educação sexual apropriada do ponto de vista desenvolvimental.
- fornecer informação às famílias sobre programas comunitários adequados que trabalham temas relacionados com a sexualidade de adolescentes com deficiências intelectuais.

Assim, a consulta de pediatria é de primordial importância na abordagem da questão da sexualidade, no esclarecimento de dúvidas e no aconselhamento destes adolescentes e das suas famílias.

Por vezes pode ser necessário a orientação destes jovens com necessidades especiais para locais como o Espaço Jovem (centro de atendimento a jovens da Maternidade Júlio Dinis) em que uma equipa multidisciplinar (ginecologista, enfermeiro, psicólogo) aborda questões mais específicas relacionadas com a sexualidade, como sejam a introdução de contraceção e a prevenção das IST.

A contraceção em adolescentes é fundamental, quer para a prevenção da gravidez quer das IST, sendo que a idade por si só não constitui contra-indicação de qualquer método contracetivo. E assim a maioria dos métodos pode ser usada sem restrições nesta faixa etária, de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS. É primordial o aconselhamento contracetivo, a adequação do método à utilizadora e a explicação de possíveis efeitos secundários associados, de forma a aumentar a adesão ao método escolhido.

E se os métodos contracetivos mais conhecidos são os hormonais e administrados por via oral - a famosa pílula combinada -, e que atualmente, e em associação com o preservativo – o método de dupla proteção- é o que se preconiza na adolescência, a verdade é que as últimas décadas trouxeram inovação em contraceção, alargando o espectro de possibilidades contracetivas e de população alvo para utilização da mesma.

Outras vias de administração de contraceção hormonal foram surgindo, como a transdérmica e a vaginal, resolvendo um dos principais problemas da contraceção na adolescência: os esquecimentos.

Da mesma forma o aparecimento de contraceção reversível de longa duração e independente da utilizadora, como o sistema intra-uterino ou o implante subcutâneo, foi um marco importante na história da contraceção, e permitiu assegurar contraceção eficaz e de fácil adesão a grupos de adolescentes com necessidades especiais, como o caso dos défices cognitivos ou casos sociais, beneficiando igualmente as famílias destes jovens.

E em casos mais particulares, como em situações particulares de doença crónica, em que a gravidez está contra-indicada e a única solução possível é a contraceção definitiva, também atualmente existem várias opções, de menor risco cirúrgico e menos invasivas, como a abordagem laparoscópica ou a oclusão endoscópica das trompas, que se realizam em ambulatório.

Será difícil, atualmente, não podermos adequar a contraceção aos nossos adolescentes, mesmo nos casos de situações especiais, como a doença crónica, os défices cognitivos ou os casos sociais.

No entanto todas estas evoluções e inovações em contraceção adicionaram responsabilidade acrescida aos profissionais de saúde que acompanham estes adolescentes e as suas famílias. Temos neste momento mais dever em informar, aconselhar e acompanhar estes jovens, de forma a melhorar a sua qualidade de vida em todas as suas vertentes, em especial na área da sexualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cheng MM, Udry JR. Sexual experiences of adolescents with low cognitive abilities in the U.S. J Dev Phys Disabil 2005; 17:155-72.
2. Katalinić S, Sendula-Jengić V, Sendula-Pavelić M, Zudenigo S. Reproductive rights of mentally retarded persons. Psychiatr Danub 2012; 24:38-43.
3. Murphy NA, Elias ER. Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities", Pediatrics 2006; 118:398-403.
4. Surís JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. Arch Dis Child 2004; 89:938-42.
5. Surís JC, Resnick MD, Cassuto N, Blum RW. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. J Adolesc Health 1996; 19:124-31.

6. Verschuren JE, Enzlin P, Dijkstra PU, Geertzen JH, Dekker R. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. J Sex Res 2010; 47:153-70.
7. World Health Organization. Contraception in adolescence. Geneva: WHO; 2004.
8. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th. Geneva: WHO; 2009.
9. American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence. Contraception and Adolescents. Pediatrics 2007;120:1135-48.
10. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical Guidance. Contraceptive choices for young people. Uk: 2010. ISSN 1755-103x.

LUPUS NEONATAL

Dulce Oliveira[1]
[1]U. Neonatologia, U. Maternidade Júlio Dinis, CH Porto, 4050--371 Porto Portugal

Introdução

O Lupus neonatal é uma patologia rara, associada à transferência placentar de autoanticorpos maternos (anti-SSa, anti-SSb e/ou anti-URNP).

Na realidade, o nome de Lupus neonatal poderá não ser bem apropriado dado que na maior parte dos casos as mães não tem Lupus eritematoso sistémico mas sim Síndrome de Sjogren ou outras conectivopatias podendo ser saudáveis na altura do nascimento.

Quando se diagnostica um Lupus neonatal, 50% das mães tem doença diagnosticada e 50% virão a ter mais tarde.

Epidemiologia

Apesar da escassez de registos nacionais e internacionais presume-se que tenha uma incidência de 1:17000-20000 nados--vivos.

Ocorre em cerca de 1-2% de recém-nascidos de mães com autoanticorpos positivos (anti SSa, anti SSb e/ou anti URNP).

Há estudos que apontam para uma ligeira predominância no sexo feminino no que se refere ao envolvimento cutâneo.

Patogenia

A doença deve-se à passagem transplacentar dos autoanticorpos mas a patogénese envolve outros fatores dado que a doença é rara mesmo nos filhos de mães com anticorpos positivos e há discordância em gémeos monozigóticos.

Deverão existir fatores adicionais que convertam risco (exposição aos anticorpos) em expressão da doença.

Independentemente da presença de anticorpos maternos existem fatores genéticos, influenciados pela presença de alelos específicos nomeadamente: HLA-DQB1O2, DRB1O3 e ainda associação com polimorfismos na região do fator de necrose tumoral.

Existem estudos que demostraram a presença de células maternas em autopsias de fetos com bloqueio cardíaco. Este microquimerismo materno poderá induzir uma resposta imune local.

Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas podem não estar presentes ao nascimento e surgirem nas primeiras semanas de vida.

As manifestações cardíacas são permanentes, surgem em 50% dos casos e são as mais graves, podendo também haver atingimento cutâneo, hematológico e hepatobiliar. Estas últimas são transitórias e a sua resolução está dependente do desaparecimento dos autoanticorpos maternos da circulação do lactente. A clínica pode ocorrer duma forma isolada.

Manifestações Cardíacas

O bloqueio cardíaco completo é a manifestação mais grave.

O bloqueio cardíaco completo tem alta mortalidade (20–30%) e morbilidade. A mortalidade varia com o tempo de apresentação: se o bloqueio cardíaco for detetado in utero terá uma maior taxa de mortalidade do que se só detetado no período pós natal.

Fatores preditivos de mau prognóstico são in útero a hidropsia fetal e no período pós- natal a hidropsia, a fibroelastose endocárdica e o baixo débito ventricular.

É importante a avaliação seriada destas grávidas no sentido de detetar bloqueio cardíaco fetal e eventual necessidade de tratamento.

A presença de sinais ou sintomas depende da frequência cardíaca. Quanto menor a frequência cardíaca maior a possibilidade de desenvolver hidropsia e insuficiência cardíaca neonatal aumentando a mortalidade para 70 a 80%.

O bloqueio cardíaco completo é a manifestação mais frequente e pode ocorrer duma forma isolada, contudo pode haver deteção de bloqueio do 1º e 2º grau detetado in útero ou ao nascimento que pode evoluir para bloqueio completo.

O nó sinoauricular pode também estar envolvido, podendo haver bradicardia sinusal. Estudos mais recentes sugerem um aumento do intervalo QT.

A maior parte das vezes não há lesões cardíacas estruturais, mas a presença de um sopro deve ser investigada pois pode haver alterações cardiovasculares associadas: persistência do canal arterial, defeitos do septo auricular, defeitos do septo ventricular e estenose da válvula pulmonar.

Manifestações cutâneas

As lesões podem estar presentes ao nascimento ou aparecer dias a semanas depois, sendo mais frequente no 2º e 3º mês de vida, após exposição a raios ultravioleta.

O envolvimento cutâneo pode estar presente até cerca de 21 a 40% dos casos.

As lesões podem ter diversos aspetos: lesões eritematosas anulares ou policíclicas, máculas com centro mais atrófico e margens mais elevadas e placas ou pápulas descamativas.

A localização mais frequente é no couro cabeludo, face e particularmente a região periorbitária.

Evoluem para a resolução espontânea em semanas ou meses. Em casos raros podem ficar manchas hipopigmentadas e telangiectasias.

Manifestações hematológicas

São alterações transitórias que podem estar presentes ao nascimento ou surgir nas primeiras semanas de vida e que ocorrem até 25% dos RN filhos de mães com anti SSa +.

Pode haver anemia, trombocitopenia, neutropenia, linfopenia e raramente anemia aplásica com resolução espontânea.

Manifestações hepatobiliares

Ocorre em 9-15% dos casos. As alterações na maior parte das vezes são assintomáticas e transitórias podendo estar presentes ao nascimento ou surgir nos primeiros dois a três meses de vida.

As alterações descritas são: elevação das transaminases e/ou colestase e/ou hepatomegalia.

Diagnóstico

Não há critérios de diagnóstico específicos para Lupus neonatal.

É feito o diagnóstico de Lupus neonatal quando um RN filho de uma mãe com anticorpos anti-SSa, anti-SSb e/ou anti-URNP positivos desenvolve bloqueio cardíaco e /ou manifestações cutâneas com rash sugestivo ou manifestações hepatobiliares ou hematológicas, na ausência de outra causa.

Todo o RN filho de mães com autoanticorpos positivos deverá ser avaliado no sentido de despistar um Lupus neonatal.

Deverá para além dum exame físico completo efetuar um eletrocardiograma, ecocardiograma, e efetuar um hemograma, doseamento de transaminases, bilirrubina total e direta e estudo imunológico: anti-SSa, anti-SSb e anti-URNP.

Caso todo o estudo efetuado ao nascimento seja negativo é fundamental que estes RN sejam seguidos apertadamente nas primeiras semanas de vida dada a possibilidade de aparecimento das lesões nessa fase.

Tratamento

Se houve in útero deteção de qualquer tipo de bloqueio cardíaco o RN deverá ser enviado a consulta de Cardiologia mesmo que tenha havido reversão do ritmo pois há casos descritos de recorrência.

Se houver atingimento cardíaco o tratamento deve ser individualizado, tratando a insuficiência cardíaca se esta existir e o RN deverá ser encaminhado para consulta de Cardiologia Pediátrica urgente.

Em relação às lesões cutâneas deverá ser usado um protetor solar, um hidratante corporal e se lesões muito acentuadas poderá estar indicado a aplicação tópica de hidrocortisona a 1%. Se houver dúvidas no diagnóstico o RN deverá ser enviado a consulta de Dermatologia Pediátrica para eventual realização de biópsia.

Prognóstico

O bloqueio cardíaco congénito exige sempre seguimento e orientação por Cardiologia Pediátrica.

A necessidade de colocação de pace tem que ser equacionada de acordo com a sintomatologia. O prognóstico é bom naquelas que introduzem pace mas em 5-10% dos casos podem desenvolver insuficiência cardíaca, ocorrendo esta na maioria dos casos antes dos 2 anos.

Apesar de as anomalias de condução serem as mais frequentes poderá ocorrer fibroelastose endocárdica e em raras ocasiões miocardite.

Crianças com bloqueio cardíaco completo que sejam assintomáticas podem estar bem até à adolescência mas alguns tem intolerância ao exercício e tem risco de morte súbita pelo que deve ser equacionado a colocação de pace profiláctico.

Crianças que tiveram Lupus neonatal poderão ter um risco acrescido de desenvolver doença auto-imune/reumatológica. Há contudo estudos contraditórias nessa área, sendo por isso sensato seguir estas crianças até mais tarde.

DISCORDÂNCIA EM GÉMEOS

Luísa Lopes[1]
[1]U. Neonatologia, U. Maternidade de Júlio Dinis, CH Porto, 4050--371 Porto, Portugal

Nestas últimas décadas assistiu-se a um aumento do número de gestações gemelares. Nos EUA entre 1980 e 1999 este aumento foi de 59% (Russel et al. 2003). Este facto parece estar relacionado com a maior acessibilidade e o maior sucesso das técnicas de reprodução medicamente assistida e também com a idade materna avançada, em consequência do adiamento do início da vida reprodutiva.

A gemelaridade está associada a maior risco de morbilidade e mortalidade neonatais. Segundo alguns autores, as gestações múltiplas apresentam um risco 6 vezes superior de mortalidade neonatal, grande prematuridade e de extremo baixo peso, quando comparadas com gestações únicas (Alexander e Salihu, 2005; Umstad e Lancaster, 2005).

A discordância de crescimento ponderal entre gémeos é uma complicação frequente, ocorre entre 15 a 29% das gestações gemelares (Blickstein et al, 1988), estas incidências variam segundo os autores e dependem do critério definido como valor discrepante. A discordância está associada a maior risco de prematuridade e baixo peso, maior incidência de malformações fetais, maior risco de síndrome de dificuldade respiratória, sepsis e maior tempo de internamento em cuidados intensivos. A existência de restrição de crescimento no gémeo menor tem grande importância no prognóstico neonatal, pois há maior mortalidade nos RN leves para a idade gestacional (Blickstein e Keith, 2004). A generalidade dos autores refere que a existência de discrepância ponderal entre gémeos condiciona morbilidade e mortalidade acrescidas.

A definição de discrepância ponderal é ainda um ponto com alguma controvérsia mas muitos autores consideram critério de discordância significativa quando a diferença percentual entre os pesos de gémeos é superior a 20% (Singh et al. 2003; Kalish et al. 2003; Amaru et al. 2004; Adegbit et al. 2004). A discrepância será grave se superior a 25% e extrema quando maior que 35%.

Subjacentes à discrepância ponderal, poderemos ter fatores maternos: paridade, hipertensão e alterações uterinas; fatores placentares: corionicidade, diferença na distribuição da massa placentar, alterações no leito vascular e parênquima da placenta, existência de anastomoses entre as redes vasculares das duas placentas que pode condicionar a presença de síndrome de transfusão feto fetal (STFF), tipo de inserção do cordão e acidentes do cordão; e ainda fatores fetais: sexo fetal, cromossomopatias e existência de malformações.

Perante o risco acrescido de complicações em gémeos discordantes, principalmente para o gémeo mais pequeno, é importante que essa situação seja detetada atempadamente para, quando for o caso, tratar a causa subjacente ou então, programar ou antecipar o nascimento.

Na sessão interativa apresentam-se alguns casos clínicos de pares de gémeos com discrepância ponderal, salientando-se as causas subjacentes e as complicações associadas que condicionam maior morbilidade e mortalidade neste grupo de recém-nascidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lapiori E, Sluimers C, Pasman SA, Middelborp JM, Oepkes D, Walther FJ. Neonatal morbidity in growth-discordant monochorionic twins: comparison between the larger and smaller twin. Twin Res Hum Genet 2012; 15:541-6.
2. Miller J, Chauhan SP, Abuhamad AZ. Discordant twins: diagnosis, evaluation and management. Am J Obstet Gynecol 2012; 206:10-20.
3. Machado RCA, Brizot ML, Liao AW, Krebs VL, Zugaib M. Early neonatal morbidity and mortality in growth-discordant twins. Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88:167-71.
4. Bagchi S, Salihu HM. Birth weight discordance in multiple gestations: occurrence and outcomes. J Obstet Gynaecol 2006; 26:291-6.
5. Marques EM, Rudge MV. Perinatal results of birth weight-discordant twins. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24:389-94.
6. Blickstein I, Lancet M. The growth discordant twin. Obstet Gynecol Surv 1988; 43:509-15.

INFEÇÃO PERINATAL

Cristina Godinho[1]
[1]U. Neonatologia, U. Maternidade de Júlio Dinis, CH Porto, 4050-371 Porto, Portugal

A infeção perinatal é a terceira causa de morte no recém-nascido (RN). O grupo TORCHS e as infeções bacterianas são as mais relevantes.

A importância do seu diagnóstico prende-se com o facto destes (RN) poderem nascer assintomáticos e as sequelas da infeção a longo prazo serem frequentes e com um peso significativo a nível sócio económico.

A infeção perinatal a CMV é a mais frequente do grupo TORCHS e aquela cuja abordagem e tratamento causam maior discussão na sua forma de abordagem e/ou tratamento. O rastreio sistemático da mulher grávida para este agente infecioso está desaconselhado, pelas implicações éticas, morais e psico-sociais que pode causar neste período, uma vez que uma seropositividade não confere imunidade e não há um tratamento considerado eficaz. A haver rastreio, este deve ser oferecido antes do início da gravidez e nunca durante a mesma. Não devemos esquecer que uma IgM positiva não significa aqui infeção aguda, pois este anticorpo pode manter-se presente durante muitos meses, por vezes mais de um ano.

No RN a doença manifesta-se como um quadro de sépsis vírica, com manifestações cutâneas "blueberry muffin rash", icterícia, RCIU, microcefalia e hepatoesplenomegalia. Os resultados laboratoriais são consistentes com o envolvimento hepático e do sistema reticuloendotelial. A hiperbilirrubinemia conjugada, a elevação das transaminases e a trombocitopenia são os achados mais frequentes.

No entanto mais frequentemente os RN são assintomáticos, vindo neste caso a desenvolver surdez neurosensorial (SNS) 10% dos indivíduos. A surdez pode ser bilateral, progressiva e de início tardio (primeiros 5-7 anos de idade) o que obriga a uma vigilância sistemática e atenta. Dificuldades de aprendizagem, microcefalia e raramente cegueira também podem ocorrer. O diagnóstico da infeção no RN é feito através do isolamento do vírus por cultura ou PCR na urina, saliva ou sangue, nas primeiras três semanas de vida. O tratamento só está indicado se o RN for sintomático e com lesões do sistema nervoso central e é efetuado com ganciclovir/valganciclovir durante seis semanas.

A toxoplasmose é outra infeção que por vezes se apresenta como um quebra cabeças, tanto para o obstetra, como para o pediatra e sobretudo para os pais.

Um dos problemas principais prende-se com o diagnóstico de infeção durante a gravidez, pela dificuldade de interpretação analítica. Esta é uma infeção que cursa na maioria das vezes de forma assintomática ou como um síndrome gripal. As imunoglobulinas IgG e IgM podem estar presentes no soro materno um a dois anos após a infeção aguda. Se, além disso, a sua realização for feita em laboratórios diferentes, com técnicas e valores de referência próprios, a interpretação dos resultados pode ser muito complicada.

Assim, o diagnóstico de infeção congénita por toxoplasmose coloca ao pediatra uma série de questões, relacionadas com a confirmação do diagnóstico pré-natal, com a sua investigação e tratamento.

Durante a gravidez o diagnóstico pode ser afirmado (infeção fetal) se a PCR (Polymerase Chain Reaction) no líquido amniótico ou a inoculação no murganho se revelar positiva, mas o inverso não exclui infeção. Após o nascimento dizemos que há infeção congénita no RN se a PCR no sangue, for positiva ou se as serologias (IgM ou IgA) forem positivas após as duas semanas de vida ou ainda, o que é mais frequente, se os títulos de IgG persistirem elevados após o 1º ano de vida ou se os títulos de IgG se elevarem durante o 1º ano de vida.

A maior parte (70 a 90%) dos RN com Toxoplasmose congénita são assintomáticos, mas quando a doença se manifesta

ao nascimento podem estar presentes sinais como febre, exantema maculopapular, hepatoesplenomegalia, microcefalia, convulsões, icterícia, trombocitopenia, e raramente, linfadenopatia generalizada. A tríade clássica da toxoplasmose consiste em corioretinite, hidrocefalia e calcificações intracranianas.

As sequelas descritas a longo prazo observadas mesmo em RN assintomáticos ao nascimento foram corioretinite, convulsões e atraso psicomotor severo. A corioretinite pode provocar lesão importante da retina com perda de visão subsequente, pelo que deve haver monitorização apertada.

O tratamento no RN deve ser iniciado com pirimetamina e sulfadiazina, que atuam sinergicamente contra o Toxoplasma. Nos RN assintomáticos, que podem ou não estar infetados, pode iniciar-se a terapêutica com espiramicina, menos tóxica, aguardando o resultado dos exames analíticos.

Nas crianças tratadas o prognóstico ocular é satisfatório, no entanto lesões tardias da retina podem surgir vários anos após o nascimento. O tratamento diminui ou resolve as calcificações intracranianas

Aguarda-se por isso a descoberta de um exame que possa, de uma forma simples e clara, afirmar ou negar o seu diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graça A, Silvério C, Ferreira JP, Brito A, Almeida S, Paixão P, et al. Citomegalovirus – Infecção congénita ou neonatal? Acta Méd Port 2004; 17:335-40.
2. Yadaz SS, Narula G, Narayan S, Biswas S, Gupta G. Cytomegalovirus Infection in six neonates. Indian Pediatr 2010; 47:174-5.
3. Cytomegalovirus infection and disease in newborns, infants, children and asdolescents. UpToDate 2013.
4. Plosa EJ, Esbenshade C, Fuller M P, Weitkamp JH. Cytomegalovirus infection. Pediatr Rev 2012; 33:156-62.
5. Baquero-Artigao F. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectologia Pediátrica sobre el diagnóstico y el tratamento de la infeccion congénita por citomegalovirus. An Pediatr (Barc) 2009; 71:535-47.
6. Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica em Infecciologia Perinatal. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Porto: 2007.
7. McAuley JB, Boyer KM, Remington JS, McLeod RL. Toxoplasmosis. In: Feigin RD, Cherry J, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2009. p. 2954.
8. American Academy of Pediatrics. Toxoplasma gondii Infections (Toxoplasmosis). In: Pickering LK (Ed). Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009. p.667.

ALTERAÇÕES DA MARCHA

Cristina Garrido[1]
[1]S. Pediatria, CH Porto, 4099-001 Porto, Portugal

Introdução

A marcha acontece como resultado da interação de vários sistemas e órgãos do organismo.

Assim, depende não só do sistema neurológico, mas também da sua interação com o sistema musculo-esquelético e vestibular.

- Sistema vestibular: informação de posição do corpo
- Cerebelo: coordenação dos movimentos e tónus
- Sistema extrapiramidal: regulação do tónus e qualidade dos movimentos
- Vias sensitivas: informação proprioceptiva
- Cérebro: controlo dos movimentos voluntários
- Músculos: execução dos movimentos
- Esqueleto: órgão de sustentação

Quando existe uma perturbação em qualquer um destes sistemas produz-se um distúrbio da marcha. Nesta apresentação vamos focar apenas as secundárias a doenças neurológicas.

Conhecer a marcha normal e saber reconhecer uma marcha patológica é uma excelente ferramenta para o diagnóstico diferencial entre várias doenças do foro neurológico.

Avaliação da marcha

Marcha normal

Na criança devemos, ao testar a marcha na consulta, ter em atenção as limitações inerentes à idade da criança. Assim, uma criança com menos de 3 anos não é capaz de fazer marcha em pontas e em calcanhares, com menos de 5 anos não faz saltos com apoio em apenas um pé e até aos 7 anos é difícil a execução da marcha em tandem.

Marcha patológica

A marcha é um dado muito importante no exame neurológico da criança, particularmente em idades precoces em que a colaboração para a realização de testes de força segmentar pode ser difícil.

As perturbações da marcha dividem-se em três grandes grupos:

1. Por défice de força
2. Por alteração da coordenação muscular
3. Por causas funcionais

Nas perturbações por ***défice de força*** temos de considerar as parésias de origem no SNcentral e de origem no SN periférico ou músculos.

- As parésias de origem no SN central tem origem em perturbações cerebrais, núcleos da base, vias descendentes da medula.

Marcha hemiparética: o membro inferior espástico em abdução, flexão da coxa e pé em equinovaro (marcha em foice)

Marcha paraparética: marcha com arrastamento dos pés, associada a espasticidade, flexão da coxa e joelho e equino dos pés com balanceio da pélvis (marcha em tesoura).

• As parésias de origem periférica têm origem no corno anterior da medula, no nervo ou músculo.

Marcha com balanceio pélvico: fraqueza dos músculos proximais (pode dever-se a processos miopáticos ou, menos frequentemente, a neuropatia)

Marcha em *stepagge* (marcha com elevação do MI, flexão da coxa e joelho evitando o arrastamento do pé): traduz fraqueza dos músculos distais (deve-se a lesão do nervo periférico).

Assim, perante uma marcha alterada por défice de força e, no sentido de estabelecer um diagnóstico topográfico da lesão, é importante recolher outros elementos no exame neurológico.

Nas perturbações da ***coordenação muscular sem défice de força*** existem alterações ao nível da proprioceção ou da coordenação muscular.

• As lesões dos cordões posteriores da medula condicionam uma marcha atáxica de base alargada e com olhar dirigido para os pés . Agrava-se no escuro e com o encerramento ocular.

A hipotonia condiciona hiperextensão do joelho e o aparecimento de uma marcha robótica.

• As lesões cerebelosas condicionam o aparecimento de uma marcha de base alargada e incoordenação muscular no ortostatismo. A marcha cambaleante e irregular avança com hesitações.

• As lesões vestibulares condicionam uma marcha com desvio lateral para o vestíbulo afetado.

Nas perturbações ***funcionais*** há integridade do sistema nervoso e muscular mas a marcha encontra-se perturbada.

• A marcha antálgica condiciona uma marcha em que é reduzido o apoio no membro doloroso, passando rapidamente o apoio para o membro contralateral.

• A marcha psicogénea nem sempre é facilmente identificável mas caracteriza-se pela sua incongruência.

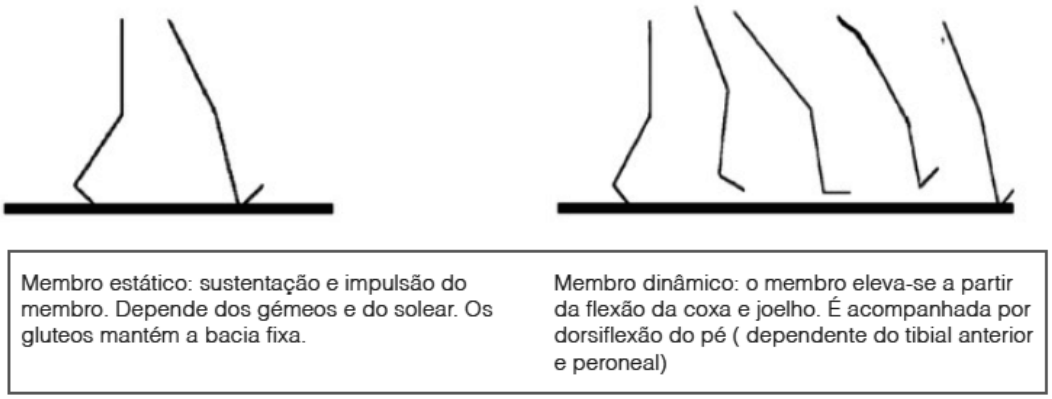

Figura 1

	Parésia	Marcha	Trofismo	ROT	Tonus	Sinais vegetativos
SNC		Foice	Diminuído	Aumentado	Aumentado	Ausente
Corno anterior medula	Proximal	Bamboleante	Diminuído Fasciculacões	Diminuído	Diminuído	Sim
Nervo periférico	Distal	Stepagge	Diminuído	Diminuído	Diminuído	Possível
Músculo	Proximal	Balanceio pélvico	Diminuído	Variável	Diminuído	Ausente

Quadro 1

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

Comunicações Orais Pediatria

PARALISIA CEREBRAL – PRINCIPAIS MOTIVOS DE INTERNAMENTO EM PEDIATRIA

Sara Pires da Silva[1], Andreia A. Martins[1], Mariana Martins[1], Roseli Gomes[1], Georgeta Oliveira[1]
[1] S. Pediatria; H Pedro Hispano, ULS Matosinhos

Introdução: A paralisia cerebral (PC) é a deficiência motora mais frequente em idade pediátrica. As crianças com PC apresentam comummente quadros clínicos complexos, que exigem acompanhamento por uma equipa multidisciplinar e internamentos frequentes. **Objetivo**: Conhecer os principais motivos de internamento, medidas terapêuticas e preventivas adotadas, bem como a morbimortalidade associada, nos doentes com PC internados no Serviço de Pediatria de um hospital nível II.

Métodos: Estudo retrospetivo e descritivo, com consulta de processo clínico dos doentes internados nesse Serviço entre Janeiro de 2002 e Agosto de 2013.

Resultados: Incluídos 47 doentes (26 do sexo masculino) com idades compreendidas entre 1 mês e os 17 anos, com um total de 175 internamentos. A duração média/internamento foi de 5 dias. Os principais motivos de internamento pela Pediatria Médica foram: infeção respiratória - 31,4% e epilepsia - 17,1%. As intervenções ortopédicas programadas representaram 21,1% das admissões. A respectiva duração média/internamento nestes casos foi de 11, 4 e 3 dias. Em 35% dos internamentos por infeção respiratória foi isolado o agente patogénico, sendo o Vírus Sincicial Respiratório (n=6) e o Streptococus pneumonia (n=5) os mais frequentes. A opção terapêutica mais utilizada nestes casos foi a Amoxicilina-Ácido Clavulânico (n=28) e cinesioterapia respiratória (n=25).

Cerca de 82% das crianças apresentavam seguimento em várias consultas hospitalares. Apenas 15% se encontravam imunizadas com vacina antipneumocócica e antiinfluenza e 29,8% usufruía de apoio domiciliário. Uma criança apresentava traqueostomia e 10,6% (n=5) gastrostomia. A epilepsia (59,5%) e escoliose grave (8.5%) revelaram-se as comorbilidades mais frequentes.

Registaram-se 3 óbitos em ambiente hospitalar, com o diagnóstico de pneumonia, 2 destes com identificação do vírus Influenza A.

Discussão: Ao contrário da literatura existente, neste estudo a epilepsia representou não o 1º mas o 3º motivo mais frequente de internamento. A infeção respiratória foi responsável por internamentos de maior duração média e mortalidade, o que é corroborado por outros estudos. Nestes doentes, com quadros clínicos complexos e diversas comorbilidades associadas, é fundamental proporcionar um acompanhamento hospitalar multidisciplinar investindo de igual modo na ligação aos cuidados de saúde primários e na comunidade, fomentando medidas preventivas adequadas, como a vacinação.

SARCOGLICANOPATIA: A IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA CLÍNICA

Rita Lacerda Vidal[1], Patrícia Cardoso[2], Ana Nordeste[1], Carmen Costa[2]
[1]CH Baixo Vouga
[2]H Carmona da Mota, CH e Universitário de Coimbra

Introdução: As sarcoglicanopatias constituem um grupo de distrofias musculares das cinturas de transmissão autossómica recessiva, que resultam de mutações no complexo proteico dos sarcoglicanos (α,ß,γ,δ). Afetam sobretudo a cintura escapular, a cintura pélvica ou ambas, levando a dependência precoce para as atividades da vida diária.

Caso clínico: Criança do sexo feminino, 5 anos de idade, de etnia cigana, filha de pais consanguíneos, que recorre por duas vezes ao Serviço de Urgência com quadro de mialgias, dificuldade na marcha e quedas frequentes com 6 meses de evolução. Prima com queixas semelhantes. Desenvolvimento estaturo-ponderal e psico-motor adequados. Na 2ª vinda ao SU apresentava hipertrofia gemelar bilateral, restante exame objetivo sem alterações. Dada a sintomatologia apresentada foi enviada para consulta de Pediatria Geral para investigação. Fez avaliação analítica que revelou: proteína CK 20 736 U/L, CKmb 661 U/L, mioglobina 2 391 ng/mL, AST 367 U/L, LDH 1 305 U/L. Por suspeita de miopatia, foi orientada para a consulta de Doenças Neuromusculares do Hospital Pediátrico de Coimbra, onde foi pedido estudo genético que revelou mutação c.848G>A (pCys283Tyr) no gene SGCG, compatível com γ-sarcoglicanopatia.

Conclusão: As sarcoglicanopatias tem um aparecimento precoce e de rápida progressão com valores muito elevados da proteína CK, levando a uma esperança média de vida curta. A prevalência de γ-sarcoglicanopatia foi estimada em 1/200 000 e é consideravelmente maior na etnia cigana. Este caso clinico demonstra que, perante queixas persistentes de mialgias nos membros inferiores, assim como, alterações na marcha, as distrofias musculares são um diagnóstico a evocar. Após o estabelecimento do diagnóstico, é necessária uma equipa multidisciplinar para um adequado seguimento e aconselhamento genético.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

PREMATURIDADE TARDIA E MORBILIDADE CLÍNICA: ESTUDO CASO-CONTROLO

Helena M. Silva[1], Cláudia Almeida[1], Nádia Guimarães[1], Luísa Carreira[1], Gilberta Santos[1]
[1]U. Neonatologia, U. Maternidade Júlio Dinis, CH Porto

Introdução: Os recém-nascidos pré-termos tardios (RNPTT) emergiram como um grupo em crescimento, sendo referidos nos últimos anos como nova epidemia em Neonatologia. São imaturos do ponto de vista fisiológico e metabólico e têm características específicas, com risco acrescido de morbilidade e mortalidade.

Objetivos: Identificação dos fatores de risco e principais tipos de morbilidade neonatal associados à prematuridade tardia.

Métodos: Dos 3512 nascimentos em 2011, 426(12.1%) foram RN pré-termo, dos quais 247 (58%) RNPTT. Foi avaliada uma coorte de RNPTT (Grupo 1, n=188) nascidos em 2011 e comparada com um grupo controlo de RN de termo (Grupo 2, n= 165) nascidos no mesmo período. Foram comparados os dois grupos no que diz respeito à gravidez e morbilidades no período neonatal.

Resultados: O grupo 1 associou-se a maior idade materna (31.3±5.6 vs 29.0±6.0, p=0.008) e maior prevalência de reprodução medicamente assistida (12.7% vs 1.8%, OR 7.9, p=0.00) e gestação múltipla (27.6% vs 1.8%, OR 20.6, p=0.00). O internamento em UCI/UCE ocorreu em 92(48.9%) dos RN do grupo 1 e em 3(1.8%) dos RN do grupo 2. A prematuridade tardia associou-se a maior prevalência de dificuldades alimentares (37.7% vs 5.4%, OR 10.6, p=0.00), hipoglicemia (15.9% vs 1.8%, OR 10.3, p=0.00), icterícia (77.1% vs 38.7%, OR 5.6, p=0.00), sépsis neonatal precoce (5.8% vs 0.6%, OR 10.2, p= 0.016) e quadros de dificuldade respiratória (24.4% vs. 0.6%, OR 53.5, p=0.00), maioritariamente taquipneia transitória (27). Houve necessidade de ventilação invasiva em 1 e ventilação não invasiva em 25. A mortalidade foi de 0%. No grupo 1, os quadros de dificuldade respiratória ocorreram significativamente menos nos RN cujas mães efetuaram corticoterapia pré-natal (6.3% vs 21.2%, OR: 0.35, p= 0.008). Os RNPTT tiveram maior duração de internamento (7.8±6.2 vs 3.2±1.0, p=0.00) e maior taxa de reinternamento (8.5% vs 3,6%, OR 3.5, p=0.04), sendo o principal motivo a icterícia em 57%.

Conclusão: os resultados deste estudo apontam para a elevada prevalência de morbilidade neonatal associada à prematuridade tardia: morbilidade respiratória, metabólica e infeciosa, contribuindo para o aumento do tempo de internamento e do número de reinternamentos. O aumento da idade materna, a reprodução medicamente assistida e as gestações múltiplas, poderão ser fatores contributivos para o crescente aumento de RNPTT, conforme referido na literatura.

CARATERIZAÇÃO CITOGENÉTICA DE CROMOSSOMA MARCADOR COMPLEXO EM LACTENTE COM MICROCEFALIA, MÁ EVOLUÇÃO ESTATUROPONDERAL E DISMORFIA FACIAL

Natália Oliva Teles[1], Cristina Candeias[1], Manuela Mota Freitas[1], Céu R. Mota[2], Maria da Luz Fonseca e Silva[1]
[1]Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães, CH Porto
[2]Maternidade de Júlio Dinis, CH Porto

Introdução: Os cromossomas marcadores supranumerários de pequenas dimensões (sSMC) e estruturalmente anormais, demasiado pequenos para poderem ser identificados apenas pela análise citogenética convencional (cariótipo), podem encontrar-se em cerca de 0.043% de recém-nascidos; consideram-se complexos quando são formados por material cromossómico derivado de mais do que um cromossoma. A correlação entre um determinado marcador e um fenótipo caraterístico possibilitou a descrição de vários síndromes específicos, como i(12p) (síndrome de Pallister Killian), i(18p) ou i(22p~q) (síndrome de cat-eye) (Liehr T et al., 2013).

Material e métodos: Os autores apresentam o caso de uma lactente do sexo feminino, de 9 meses de idade, referenciada para cariótipo por microcefalia, má evolução estaturoponderal e dismorfias faciais. Para esta análise realizaram-se culturas sincronizadas de linfócitos de sangue periférico e bandas GTL de alta resolução. Posteriormente efetuaram-se cariótipos a ambos os progenitores e, ainda, estudos de hibridação in situ por fluorescência (FISH) e amplificação multiplex de sondas dependentes da ligação (MLPA) à doente.
Resultados: No probando, a análise citogenética convencional evidenciou um sSMC; o cariótipo dos progenitores revelou, no pai, um cariótipo 46,XY e, na mãe, uma translocação t(9;21) equilibrada. As análises efetuadas por FISH (regiões centroméricas e pintura cromossómica total) e por MLPA permitiram concluir que esta doente apresenta trissomias parciais do braço curto do cromossoma 9 e do braço longo do cromossoma 21. Cariótipo final: 47,XX,+mar.ish der(21)t(9;21)(p21;q21)(D13Z1/D21Z1+,wcp21+). mlpa 9p,21psubtel(P036E1, P070E2)x3.

Discussão: Tal como no caso presente, algumas das publicações referem sSMC que resultam de translocações equilibradas presentes num dos progenitores, em que o fenótipo é influenciado pela ocorrência de trissomias parciais específicas resultantes dos cromossomas envolvidos. Os autores salientam a importância da conjugação de técnicas de citogenética convencional e molecular apropriadas a cada situação clínica, com uma descrição fenotípica detalhada, que permitam estabelecer uma correlação genótipo/fenótipo - e, consequentemente, caraterizar novos síndromes - e proporcionar um aconselhamento genético familiar adequado.

MIOSITE AGUDA BENIGNA DA INFÂNCIA – CASUÍSTICA DE 6 ANOS DE UM SERVIÇO DE PEDIATRIA

Marlene Abreu[1], Rute Machado[2], Marco Pereira[1], Rui Almeida[1]
[1]Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos
[2]S. Pediatria, H Santa Maria, CH Lisboa Norte

Introdução: A Miosite Aguda Benigna da Infância (MABI) é uma doença benigna e auto-limitada, caracterizada por dor muscular aguda, geralmente confinada aos membros inferiores, e dificuldade/recusa na marcha. Afeta principalmente rapazes em idade escolar e é mais frequente nos primeiros meses do ano, ocorrendo habitualmente após uma doença vírica. Apesar de apresentar, por vezes, sintomatologia intensa, evolui rapidamente para a cura, sendo necessário apenas tratamento sintomático.

Métodos: Estudo retrospetivo e descritivo, com recolha de dados através da consulta do processo clínico dos doentes internados no serviço de Pediatria do HPH com o diagnóstico de MABI no período de tempo compreendido entre 1 de Julho de 2007 e 30 de Junho de 2013.

Resultados: Neste período foram internados 11 doentes com o diagnóstico de MABI, com um pico de ocorrência no Inverno de 2013. Todos os doentes eram do sexo masculino, com idades compreendidas entre 4 e 11 anos (média 6.55 ± 2.21 anos). Também todos apresentaram um pródromo de infeção das vias aéreas superiores, sendo que os sintomas mais frequentes foram a febre (n=11) e a tosse (n=9). As mialgias surgiram, em média, 3 dias e meio após o início dos sintomas, com predomínio na região gemelar (n=8), associadas a dor à palpação das massas musculares (n=10) e alterações/recusa na marcha (n=10). Analiticamente, eram evidentes alterações analíticas sugestivas de lise muscular com valores máximos médios de CK de 3300 U/L (normal <200 U/L) e de mioglobina de 689 mg/mL (normal <146.9 mg/mL). Não ocorreu nenhum caso de rabdomiólise. Em 2 doentes foi possível identificar um agente etiológico (Adenovírus e Influenza A - H1N1). O tratamento consistiu apenas em medidas sintomáticas e repouso. Os doentes admitidos com febre ficaram apiréticos até ao 3º dia de internamento e as mialgias/alterações da marcha resolveram, em média, ao fim de 2 dias (no máximo após 4 dias). Na reavaliação, todos os doentes apresentaram resolução completa dos sintomas e normalização dos parâmetros analíticos.

Conclusões: Nesta casuística, e de acordo com a literatura, ocorreu em todos os casos uma evolução benigna com resolução rápida da sintomatologia, necessitando apenas de medidas de suporte. Os autores questionam a necessidade de internamento da maioria destes doentes, do mesmo modo que consideram que uma investigação mínima será suficiente.

APRENDER COM OS ERROS – O RISCO DOS MEDICAMENTOS MANIPULADOS

Natacha Fontes[1], Mariana Martins[1], Sara Pires da Silva[1], Mª Eduarda Cruz[1], Mª José Costa[1]
[1]Departamento da Mulher da Criança e do Jovem, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos

Introdução: O fenobarbital é um antiepilético metabolizado pelo fígado e excretado na urina, frequentemente utilizado em idade pediátrica no tratamento de convulsões. Para se conseguir uma dose adequada para as crianças, a prescrição deste fármaco obriga frequentemente à manipulação medicamentosa em formas farmacêuticas líquidas, acarretando o risco de dosagem incorreta.

Caso clínico 1: Lactente do sexo masculino, com 2 meses de idade medicado com fenobarital desde o 1º mês de vida, por crises convulsivas focais no contexto de meningoencefalite meningocócica. Re-internado cerca de 3 dias após a alta hospitalar por noção materna de diminuição da atividade espontânea e sonolência excessiva. Ao exame objetivo não apresentava outras alterações de relevo. Analiticamente verificaram-se níveis séricos de fenobarbital de 88.6ug/mL (N 10-40). Após investigação, constatou-se que o manipulado pela farmácia apresentava uma concentração 10 vezes superior à prescrita.

Caso clínico 2: Recém nascido medicado com fenobarbital após convulsões neonatais em contexto de encefalopatia hipoxico-isquémica, re-internado cerca de 24h após a alta hospitalar por hipotonia, hipoatividade e dificuldade alimentar. No exame objetivo não eram evidentes outras alterações. Foi confirmada analiticamente a elevação dos níveis de fenobarbital (97.6ug/mL), tendo sido constatada a prescrição de uma dose de fenobarbital 10 vezes superior à pretendida.

Em ambos os casos foi efetuado tratamento de suporte, monitorização cardiorrespiratória e do estado de consciência, verificando-se uma evolução clínica favorável com normalização progressiva dos níveis de fenobarbital em análises seriadas. Não apresentaram alterações hepáticas ou renais de relevo. À data de alta foram medicados com fenobarbital oral, na forma de comprimido triturado.

Discussão: O erro clínico define-se como "engano cometido por um profissional de saúde no desempenho das suas funções (erro de planeamento, execução, lapsos, omissões)". Faz parte da prática clínica diária, estimando-se que ocorra em cerca de 5% das prescrições. Em menos de 1% destas apresentará efeitos laterais consideráveis para o doente.

Com este trabalho, pretendemos reforçar a importância de adotarmos cada vez mais uma postura de atenção e discussão relativamente ao erro clínico, evitando encará-lo como um "tabu", permitindo assim a prevenção de erros futuros.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

LÚPUS NEONATAL – ANÁLISE RETROSPETIVA

Inês Ferreira[1], Ana Ratola[1], Ana Guedes[1], Cristina Godinho[1], Dulce Oliveira[1]
[1]S. Neonatologia, Departamento da Criança e do Adolescente, CH Porto

Introdução: O lúpus neonatal é uma patologia rara, associada à transferência placentar de auto-anticorpos maternos (anti-SSa, anti-SSb e/ou anti-U1-RNP). As manifestações cardíacas são as mais graves. As lesões não cardíacas são transitórias e podem incluir manifestações cutâneas, hepatobiliares ou hematológicas.

Objetivo: Avaliar os recém-nascidos (RN) filhos de mães com LES, Síndrome de Sjögren e/ou outras conetivopatias, com auto-anticorpos positivos.

Métodos: Revisão retrospetiva dos processos clínicos das mães e RN nascidos entre Janeiro de 2010 e Junho de 2013.

Resultados: Foram incluídas 45 mães com mediana de idade de 32 anos, 53,3% (N=24) primíparas. Cerca de 77,8% (N=35) tinham LES, 2,2% (N=1) Síndrome Sjögren, 6,7% (N=3) ambos e 13,3% (N=6) outras conetivopatias. Quatro (8,9%) não tinham estudo completo de auto-imunidade e 42,2% (N=19) apresentavam pelo menos um auto-anticorpo positivo (anti-SSa, anti-SSb ou anti-U1-RNP), sendo o anti-SSa o mais frequente (35,6%; N=16). Realizaram-se 8 ecocardiogramas fetais (8/19), um com taquicardia fetal com resolução in útero, sem necessidade de terapêutica.

Foram incluídos 24 RN (mães com auto-anticorpos positivos ou estudo incompleto) com idade gestacional mediana de 38 semanas, tendo 54,2% (N=13) nascido de cesariana, com peso mediano de 2930g. No período neonatal, 16,7% (N=4) tinham estudo de auto-imunidade incompleto e 45,8% (N=11) apresentavam pelo menos um dos auto-anticorpos positivos, (anti-SSa em 45,8% (N=11)). Realizaram eletrocardiograma 41,7% (N=10) e 70,9% (N=17) ecocardiograma, um com comunicação interventricular. Em 75,0% (N=18) foram pesquisadas alterações hematológicas, sendo a trombocitopenia ligeira o achado mais frequente (4/18). Nos 62,5% (N=15) em que foi avaliada a função hepatobiliar, 2/15 apresentavam transaminases elevadas. Não foram encontradas manifestações cutâneas. Repetiram estudo imunológico 20,8% (N=5), entre os 5 e 19 meses, apresentando auto-anticorpos negativos. A mediana do tempo de follow-up foi de 2,5 meses (mínimo 1; máximo 30).

Discussão: Não se verificaram manifestações graves nos filhos de mães com auto-anticorpos positivos, nomeadamente casos de bloqueio cardíaco, o que pode ser justificado pela dimensão da amostra. Salienta-se a importância do doseamento dos auto-anticorpos nestas mães, no sentido de rastrear adequadamente os RN, cujo follow-up é fundamental, inclusive daqueles sem manifestações cardíacas neonatais. Os autores propõem um protocolo de abordagem.

CONSTRANGIMENTOS DA TERAPÊUTICA COM FERRO ENDOVENOSO

Ana Cristina Barros[1], Isabel Guerra[2], Emília Costa[2], Esmeralda Cleto[2], José Barbot[2]
[1]S. Pediatria, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos
[2]U. Hematologia Pediátrica, CH Porto

Introdução: Os constrangimentos que hoje em dia se colocam, relacionados com os efeitos deletérios a nível intelectual na criança com défice de ferro prolongado, podem conduzir a atitudes terapêuticas mais interventivas no sentido de resolver rapidamente situações refratárias ao tratamento por via oral. É o caso do recurso ao ferro endovenoso (ev) de que pode resultar uma rápida normalização do quadro hematológico. No entanto, o facto desta formulação ultrapassar a barreira de absorção pode encobrir patologia a este nível. A patologia de absorção tem vindo a merecer uma atenção cada vez maior, enquanto causa de refratariedade ao ferro oral. A sua investigação é hoje obrigatória antes do recurso ao ferro ev.

Casos clínicos: Apresentam-se três casos clínicos de crianças do sexo feminino, de 4, 5 e 6 anos na altura do diagnóstico de anemia ferripriva refratária ao ferro oral e de causa não esclarecida. As três situações foram consideradas como demasiadamente prolongadas pelo que se recorreu ao ferro ev com resposta efetiva. Alguns anos mais tarde (entre 2 a 8 anos), assistiu-se a recidiva da anemia ferripriva, que foi investigada à luz de conceitos mais recentes que privilegiam a patologia de absorção como causa de refratariedade ao ferro oral. Diagnosticou-se em dois casos gastrite atrófica auto-imune e noutro caso gastrite crónica induzida por infeção por Helicobacter (H.) pylori. Nos três casos decidiu-se tratamento com sulfato ferroso de glicina, que nos dois primeiros se mantém como terapêutica de manutenção. No terceiro a resposta à terapêutica foi definitiva após erradicação de H. pylori.

Conclusão: Os três casos apresentados são elucidativos de como um recurso intempestivo ao ferro ev atrasou diagnósticos importantes do ponto de vista fisiopatológico, um dos quais suscetível de terapêutica específica. Os autores defendem que face à situação de anemia ferripriva de etiologia obscura, necessitando de rápida correção, seja dada prioridade ao sulfato ferroso glicina relativamente ao ferro ev. Efetivamente a resposta seletiva a esta apresentação, que dispensa a acidez gástrica para ser absorvida, para além de normalizar o quadro hematológico pode ser importante no sentido de orientar a investigação etiológica.

CEFALEIA: QUANDO UMA QUEIXA FREQUENTE É ALGO MAIS

Ana Lopes Dias[1], Sara Peixoto[1], Joana Soares[1], Ana Margarida Costa[1], Marisa Carvalho[1], Márcia Quaresma[1], Cristina Cândido[1]
[1]S. Pediatria, CH Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A hipertensão intracraniana (HIC) idiopática, também chamada de pseudotumor cerebri ou hipertensão intracraniana benigna, é caracterizada por pressão intracraniana elevada sem qualquer evidência de doença neurológica subjacente. Na idade pediátrica é considerada uma entidade rara, especialmente em crianças pré-púberes, atingindo preferencialmente jovens adultos.

Caso clínico 1: Adolescente do sexo feminino de 11 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, apresentava queixas de cefaleia frontal e temporal bilateral com 1 mês de evolução, que por vezes a acordava de noite. Associadamente apresentava vómitos e queixas de diplopia. Ao exame objetivo de referir a existência de estrabismo convergente bilateral e papiledema marcado. Realizou tomografia computorizada cerebral, que não revelou qualquer alteração, e posteriormente ressonância magnética cerebral que se encontrava dentro da normalidade. A punção lombar mostrou uma pressão de abertura superior a 40 cmH2O. Iniciou tratamento com acetazolamida com melhoria clínica. Cerca de 2 semanas após a alta, reiniciou queixas de diplopia, tendo sido constatada a existência de papiledema bilateral e parésia do VI par craniano esquerdo. Nessa altura foi associada furosemida, apresentando-se assintomática desde essa altura. Cerca de 2 meses após início do tratamento, encontrava-se sem papiledema no exame oftalmológico. Atualmente encontra-se sob acetazolamida, em esquema de redução.

Caso clínico 2: Adolescente do sexo masculino de 12 anos de idade, com antecedentes pessoais de obesidade e sem antecedentes familiares de relevo, apresentava queixas de cefaleias biparietais, que por vezes o acordavam de noite. Associadamente vómitos esporádicos e queixas de visão enevoada. Realizou tomografia computorizada cerebral, que não revelou qualquer alteração, e posteriormente ressonância magnética cerebral que se encontrava dentro da normalidade. A punção lombar mostrou uma pressão de abertura superior a 20 cmH2O. Iniciou tratamento com acetazolamida com melhoria progressiva da sintomatologia, estando atualmente sem medicação e assintomático.

Comentários: Chama-se a atenção para os principais sinais e sintomas associados à HIC idiopática, relembrando que se trata de um diagnóstico de exclusão. Um elevado índice de suspeição, permite o seu diagnóstico e tratamento precoce. O seguimento apertado é essencial, pois o edema papilar e as alterações visuais podem persistir.

TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) – EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR PORTO (CHP)

João Nascimento[1], Carla Zilhão[1], Helena Sousa[2], Vasco Miranda[3], António Marinho[4], Carlos Vasconcelos[4], Margarida Guedes[1]
[1]S. Pediatria, CH Porto
[2]S. Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira
[3]S. Oftalmologia, CH Porto
[4]U. Imunologia Clínica, CH Porto

Introdução: A terapêutica com agentes biológicos contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos doentes com AIJ grave. No entanto, a sua utilização tem potenciais riscos aliada a custo económicos elevados, o que conduziu à elaboração de recomendações (Sociedade Portuguesa Reumatologia), para a seleção e monitorização dos doentes.

Objetivo: Avaliar a eficácia e segurança da terapêutica biológica nos doentes com AIJ, seguidos na Unidade Reumatologia Pediátrica do CHP.

Material/Métodos: Estudo transversal dos doentes com AIJ que efetuaram biológicos e cujos registos foram inseridos no Reuma.pt, com análise do tipo AIJ, agente(s) biológico(s) administrado(s), efeitos adversos e custos económicos associados. A evolução clínica, analítica e funcional foi avaliada num subgrupo com 36 meses de terapêutica através da escala visual analógica (EVA:0-100), *Child Health Assessment Questionnaire* (CHAQ:0-3), nº articulações ativas e velocidade de sedimentação.

Resultados: De um total de 97 doentes com AIJ,38,1%(n=37) efetuaram terapêutica biológica. A idade média no início da doença foi de 7,9±4,5 anos, no diagnóstico 8,6 ±4,8 anos e no início do 1º biológico 10,9±4,4 anos. Os subtipos de AIJ mais frequentes, foram a AIJ poliarticular FR- e a AIJ entesite, com 21,6%(n=8), cada tipo. Foi diagnosticada uveíte em 32,4%(n=12), tendo sido, determinante, para o início ou swit CH agente biológico em 5 casos. Dos doentes expostos a este tipo de terapêutica, 78,4%(n=29) foram medicados com etanercept; 16,2%(n=6) infliximab; 13,5%(n=5) adalimumab; 13,5%(n=5) tocilizumab e 2,7%(n=1) anakinra, com média de exposição de 3±2,6 anos (mín:0,1/máx:12). Ocorreram 8 eventos adversos não graves e 2 doentes suspenderam temporariamente a terapêutica. O custo económico mensal estimado, por doente, para cada biológico é:464€-etanercept; 448€-infliximab; 994€-adalimumab; 335€-tocilizumab; 870€-anakinra. No início da terapêutica biológica, o valor médio de EVA era 55,1±19,3; o CHAQ 1,1±0,6; o número médio de articulações ativas era 5,3±2,6 e o valor médio de VS 36,8±23,3mm/h. Aos 36 meses de terapêutica biológica, o valor médio de EVA era 17,5±20,1; o CHAQ 0,3±0,4; o número médio de articulações ativas era 1,8±3,8 e o valor médio de VS 15,8±15,7mm/h.

Conclusão: Os critérios da SPR para a administração de terapêutica biológica são adequados na seleção e monitorização destes doentes. Nesta amostra, a terapêutica demonstrou ser eficaz e segura. Apesar dos custos elevados inerentes, a sua introdução precoce teve um impacto fundamental na melhoria da qualidade de vida e redução da morbilidade associada à doença.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

INFEÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI NA CRIANÇA COM SÍNDROME NEFRÓTICO: ASSOCIAÇÃO FORTUITA OU CAUSAL?

Helena M. Silva[1], Maria Sameiro Faria[1], Teresa Costa[1], Paula Matos[1], Liliana Rocha[1], Fernando Pereira[2], Conceição Mota[1]
[1]S. Nefrologia Pediátrica, CH Porto
[2]S. Gastrenterologia Pediátrica, CH Porto

Introdução: A prevalência global da infeção por Helicobacter pylori (HP) é elevada em Portugal e estima-se que na criança ronde os 31%. O espectro clínico é amplo; a maioria das crianças é assintomática, outras desenvolvem sintomatologia predominantemente gastrointestinal. É ainda conhecida a associação a manifestações extra-digestivas; existem alguns trabalhos na população adulta que relacionam a infeção por HP com a proteinúria.

Objetivos: Avaliar a seroprevalência de HP em crianças com Síndrome Nefrótico (SN) e averiguar de uma possível relação com a evolução clínica.

Métodos: Estudo de prevalência envolvendo 89 casos de SN diagnosticados entre Janeiro de 1996 e Junho de 2013. Excluídos os casos de SN secundário. A infeção por HP foi avaliada por testes serológicos (determinação de IgA e IgG), realizados entre 2009-2013, em média 1.5 anos após o diagnóstico de SN.

Resultados: Dos 89 casos, 23 (25.8%) eram corticosensíveis/recidivadores infrequentes (CS/RI), 44 (49.4%) corticodependentes (CD) e 22 (24.7%) corticoresistentes (CR). Destes, 8 (36.3%) apresentaram mutação NPHS1/NPHS2. A prevalência global da infeção por HP foi de 33.7%, sendo significativamente mais prevalente nas crianças com SNCD e CR em comparação com SN CS/RI (40.9% vs 13%, p=0.003). A positividade para HP foi independente da positividade genética (p=0.572), da idade da criança à data da serologia (p=0.327), do tempo médio de follow-up em anos (p=0.424) e da terapêutica imunossupressora (p=0.211).

Comentários: A seroprevalência da infeção por HP foi sobreponível à reportada na literatura em crianças saudáveis, mas mais prevalente no SN CD e CR. A infeção por HP despoleta uma resposta inflamatória e imune sistémica através da produção de múltiplas citoquinas que em estudos experimentais estão envolvidas na disfunção endotelial e glomerular. Especula-se que através desses mecanismos o HP possa ser um fator etiopatogénico no SN afetando a evolução clínica. Dadas as limitações inerentes a este estudo, pretende-se que seja o vetor para futuros trabalhos que possam avaliar se o HP é um fator etiológico e se a sua erradicação deverá fazer parte do tratamento destes doentes.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL: A EXPRESSÃO DA DOENÇA NO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (CHP)

Diana Pinto[1], Andreia Dias[1], Liliana Rocha[1], Carla Zilhão[1], Helena Sousa[1], Teresa Costa[1],Sameiro Faria[1], Paula Matos[1], Conceição Mota[1], Margarida Guedes[1]
[1]CH Porto

Introdução: O Lúpus Sistémico Juvenil (LESJ) é uma doença autoimune, multissistémica, com início antes dos 16 anos, caracterizada por um processo inflamatório dos vasos sanguíneos e tecido conjuntivo. Embora os sintomas clínicos e achados laboratoriais possam ser sobreponíveis ao LES do adulto, tem habitualmente um curso mais grave, maior envolvimento orgânico e maior índice de atividade da doença.

Objetivo: Definir o padrão de expressão do LESJ nos doentes seguidos num hospital de nível 3 da cidade do Porto.

Métodos: Análise retrospetiva dos processos clínicos das crianças e adolescentes, com o diagnóstico de LESJ, seguidos no CHP, desde Janeiro de 2003.

Analisou-se parâmetros epidemiológicos, clínicos, complicações e atividade da doença, pela escala SLEDAI - Systhemic Lupus Eyithematous Disease Activity Index.

Resultados: Identificaram-se 17 doentes com LESJ (3M/14F), com mediana da idade de 13,2 anos (5,8 – 15 anos).

As manifestações musculoesqueléticas (64,7%), mucocutâneas (47%) e sintomas sistémicos (41%) foram as mais frequentes ao diagnóstico. Analiticamente salienta-se anemia (52,9%), leucopenia (29,4%) e trombocitopenia (17,6%). Elevação da VS e hipocomplementemia em 76,4% dos casos, e em 100% ANA e anti-dsDNA positivos.

Ao diagnóstico, 41% dos doentes com proteinúria nefrótica. Destes 71% efetuaram biópsia renal, com nefrite classe IV em 60%.

O tempo médio de seguimento foi de 4,5 anos (1mês - 10,5 anos). Infeção em 3 casos e trombose venosa num adolescente com síndrome anti-fosfolipídico. Uma adolescente faleceu com infeção grave.

Os corticóides (88%) e a hidroxicloroquina (88%) foram os fármacos mais utilizados ao diagnóstico, associando-se a imunossupressores em 60% dos casos. O SLEDAI médio ao diagnóstico foi 12,6 valores, de 3,7 valores aos 3 anos e 7,6 aos 5 anos.

Conclusões: Este estudo representa 1,7 novos casos/ano de LESJ no CHP, para 3,5 casos/ano estimados para a região Norte, neste período. A evolução clínica foi globalmente favorável, como demonstra a diminuição do SLEDAI aos 3 anos e o aumento posterior reflete os *flares* característicos da doença. No entanto, o maior risco de aterosclerose precoce não é avaliado, nem as possíveis repercussões no bem-estar psicossocial. Assim os autores propõem um estudo em colaboração com a Unidade de Imunologia Clínica - CHP, para avaliar o seguimento destes jovens após a transição para a consulta de adultos.

CONSULTA DE VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA – CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO INTEGRADO E MULTIDISCIPLINAR

Vasco Lavrador[1], Ana Cristina Freitas[1], Inês Coelho[2], Rosário Sousa[1], Virgílio Senra[1], Lurdes Morais[1]
[1]U. Pneumologia Pediátrica, S. Pediatria, Departamento da Criança e do Adolescente, CH Porto
[2]Care Point REMEO® Pediátrico, Linde Healthcare

Introdução: O aumento progressivo da utilização de ventilação domiciliária (VD) em Pediatria tem benefícios bem documentados. A crescente disponibilidade de meios técnicos criou um grupo de doentes com necessidades específicas e alto consumo de recursos, impulsionando o desenvolvimento de modelos de consulta multidisciplinar que garantam uma avaliação e orientação integradas, com continuidade entre a assistência hospitalar e domiciliária.

Objetivo e métodos: Descrever o modelo organizativo de uma consulta integrada de ventilação domiciliária (CIVD) e fazer a caracterização dos doentes em seguimento.

Resultados: A CIVD foi implementada em 2009, com um grupo de trabalho composto por pediatra, enfermeiro e fisioterapeuta. O último está ligado a uma entidade privada e coordena a equipa de visitas domiciliárias. A presença deste elemento na consulta permite a integração imediata de dados técnicos e de monitorização e contribui para um fluxo dinâmico de informação entre o hospital e o domicílio, favorecendo uma postura de transparência e uma atuação rápida nas agudizações.

Na Consulta Hospitalar é feita avaliação global dos doentes sob VD, a adaptação a equipamentos de monitorização e apoio, e início de VD programada de novos doentes. São organizados, para o mesmo tempo, os contactos com as várias especialidades envolvidas no acompanhamento do doente, limitando os contactos hospitalares.

O plano de cada doente inclui estratégia de seguimento e de assistência domiciliária, que é efetuada pela mesma equipa numa interação permanente entre o domicílio, o Hospital e os cuidados de proximidade.

O número de Internamentos tem sido reduzido e este espaço reservado para agudizações graves ou para a ventilação de doentes em regime não programado.

Desde 2009 foram seguidos 77 doentes. Atualmente estão em consulta 60 doentes diagnosticados como: doença neuromuscular – 20; síndromes malformativos (restritivos, obstrutivos ou mistos) – 14; paralisia cerebral – 11; doença metabólica – 5; outros – 10.

Conclusão: Responder adequadamente às necessidades do doente sob VD exige um processo contínuo de cooperação e aprendizagem que abrange o doente, a família e um grupo especializado de profissionais de saúde. Na perspetiva dos autores, a otimização desta abordagem só é possível através da criação de consultas multidisciplinares que incluam a equipa hospitalar, os prestadores de cuidados domiciliários e otimização das potencialidades dos cuidados de proximidade.

FALÊNCIA VACINAL – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS DE EMPIEMA

Catarina Matos de Figueiredo[1], Ekaterina Popik[1], Joana Amorim[1], Laura Marques[1], Lurdes Morais[1]
[1]CH Porto

Introdução: O Streptococcus pneumoniae é responsável por infecções com impacto importante na morbi-mortalidade infantil. A introdução da vacina anti-pneumocócica reduziu a incidência global de doença invasiva em todos os grupos etários. A vacina anti-pneumocócica conjugada 13 valente (Pn 13) inclui os serótipos responsáveis por 71.1% dos casos de doença invasiva pneumocócica. A cobertura vacinal estimada em 2011, em Portugal foi de 64,8%.

Os autores relatam dois casos clínicos de crianças previamente vacinadas com Pn13, internadas por pneumonia adquirida na comunidade (PAC) complicada com empiema, por serótipos vacinais de Streptococcus pneumoniae.

Caso clínico 1: Criança de 3 anos, sexo feminino, previamente saudável, vacinada com Pn13 (esquema 3+1). A frequentar infantário e exposta ao fumo de tabaco no domicílio, com antecedentes de varicela não complicada aos 15 meses. Foi internada por PAC do lobo inferior esquerdo, com derrame pleural de pequeno volume, tendo sido iniciada ampicilina endovenosa (ev). Ao 3º dia de antibioterapia, constatado agravamento do derrame pleural, realizada toracocentese com colocação de dreno e instilação de alteplase e alterada antibioterapia para ceftriaxone ev. No Líquido pleural foi isolado Streptococcus pneumoniae serótipo 3 (técnica de PCR). A evolução clínica e radiológica posterior foi favorável com alta ao 10º dia de internamento.

Caso clínico 2: Criança de 3 anos, sexo masculino, escolarizado e tendo cumprido esquema vacinal 3+1 com Pn13. Com antecedentes de amigdalites agudas, medicadas com amoxicilina. Duas semanas antes do internamento, foi-lhe diagnosticada PAC, medicado em ambulatório com amoxicilina, com resolução clínica e radiológica. Internado por PAC da base direita complicada com derrame septado de moderado volume, com necessidade de drenagem e instilação de alteplase. Na hemocultura foi isolado Streptococcus pneumoniae serotipo 1. Medicado com ceftriaxone ev com boa evolução clínica e radiológica.

Discussão: Perante dois casos de doença invasiva por serotipos vacinais de Streptococcus pneumoniae, em crianças sem doença predisponente conhecida e com esquemas completos de vacina Pn13, pretendemos salientar que, apesar da eficácia desta vacina, a sua realização não exclui a possibilidade de doença invasiva pneumocócica. Nos casos de falência vacinal devem sempre ser excluídas imunodeficiências e os casos devem ser reportados, no sentido de melhor aferência da eficácia vacinal.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

RECÉM-NASCIDOS DE MÃE VDRL POSITIVO – CASUÍSTICA DE 5 ANOS DO CENTRO HOSPITALAR BAIXO VOUGA – AVEIRO

Marta Machado[1], Catarina S. Oliveira[1], Maria Manuel Flores[1], Adelaide Bicho[1]
[1]S. Pediatria, CH Baixo Vouga

Introdução: A Sífilis é uma doença infeciosa conhecida desde o século XV. A transmissão materno-fetal pode ocorrer por via transplacentar ou no canal de parto. A confirmação de infeção congénita requer a identificação do Treponema pallidum na placenta ou em lesões suspeitas, o que nem sempre é fácil, pelo que a decisão de tratamento se baseia em vários critérios e não apenas na identificação do agente etiológico.

Objetivo: Caracterizar os casos suspeitos de Sífilis Congénita dos últimos 5 anos no Centro Hospitalar Baixo Vouga.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo dos processos clínicos dos recém-nascidos (RN) de mãe com VDRL positivo (confirmado por teste treponémico), nascidos entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2012. Foram avaliados os fatores de risco pré-natal e descrita a abordagem diagnóstica e terapêutica realizada, bem como o seguimento clínico e serológico.

Resultados: Neste período nasceram 14 RN de mãe com VDRL positivo, média de 2,8 casos/ano, maioria do sexo feminino (64%). O ano que registou maior número de casos foi 2012 (7). Em 6 casos havia história de Sífilis em gravidez anterior e em 3 casos a gravidez foi mal vigiada. O tratamento materno foi realizado corretamente em 9 casos, inadequado em 3 casos e ausente em 1 caso. Relativamente à avaliação dos RN, todos eram assintomáticos. Dois RN apresentaram VDRL quatro vezes superior ao título materno. Dos 6 casos em que foi realizado VDRL no líquido cefalo-raquídeo, apenas um apresentava VDRL reactivo. Foi instituída terapêutica em 8 casos, todos com Penicilina G cristalina aquosa. A evolução foi favorável em todos os casos, sem necessidade de re-tratamento.

Conclusões: Apesar de existir tratamento específico e eficaz, a Sífilis mantém-se uma doença atual. A infeção congénita pode ser prevenida, pelo que é fundamental a coordenação entre Obstetras e Neonatologistas/Pediatras. Uma vez que a maioria dos RN são assintomáticos, os critérios para tratamento definidos pelo Centers for Disease Control and Prevention incluem RN com doença comprovada e RN com doença provável.

AGENESIA RADIAL BILATERAL – UM CASO A ESCLARECER

Sara Pires da Silva[1], Inês Sarmento Gonçalves[2], Gabriela Soares[3], Luísa Dias[2], Maria José Costa[4]
[1]S. Pediatria, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos
[2]S. Ginecologia e Obstetrícia, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos
[3]U. Genética Médica, Centro de Genética Médica Jacinto Magalhães
[4]S. Neonatologia, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos

Introdução: A anomalia congénita dos rádios tem uma incidência de 1/10.000 nados vivos. A displasia radial engloba um vasto espetro de defeitos congénitos dos rádios estendendo-se desde a hipoplasia à total ausência dos mesmos. Em cerca de 50% dos indivíduos afetados esta dismorfia ocorre conjuntamente com outras alterações que nos poderão conduzir ao correto diagnóstico e compreensão etiológica.

Caso clínico: Recém-nascido, sexo masculino, terceiro filho de mãe toxicodependente, com consumos conhecidos de heroína e metadona durante a gestação, seropositiva para VIH e VHC, medicada com anti-retrovirais. Detetada, em ecografia obstétrica de rotina, desaceleração do crescimento intra-uterino e dilatação das cavidades cardíacas direitas, sem cardiopatia estrutural ou funcional, sem outras alterações ou intercorrências durante a gestação. Sem antecedentes conhecidos de doenças heredo-familiares. Gestação de termo, parto eutócico, Índice de Apgar 9/10, antopometria adequada à idade gestacional. Ao exame objetivo detetado encurtamento bilateral dos antebraços associado a desvio radial das mãos com presença dos primeiros dedos. Sem outras dismorfias óbvias. As radiografias dos membros superiores revelaram agenesia bilateral dos rádios com ambos os primeiros dedos presentes. Clinicamente bem, até aos 13 meses de idade, com ausência de alterações hematológicas, cariótipo masculino normal, pequena comunicação inter-auricular tipo *ostium secundum* com shunt E/D pequeno-moderado e criptorquidia bilateral. PCR's para VIH e VHC negativas.

Discussão: O caso clínico exposto ilustra a apresentação frequentemente heterogénea dos defeitos congénitos dos rádios e a dificuldade diagnóstica inerente a este tipo de dismorfia. Embora muitas vezes esporádica, a apresentação bilateral da agenesia dos rádios sugere a possibilidade de esta se inserir num contexto sindrómico. Não estando ainda o estudo etiológico concluído colocamos o Síndrome de trombocitopenia na ausência de rádios como principal hipótese diagnóstica, apesar da sua apresentação atípica. No entanto, dada a faixa etária, não podemos excluir a Anemia de Fanconi. Os autores realçam a importância da suspeita diagnóstica de patologias sindrómicas potencialmente graves associadas a alterações dismórficas aparentemente isoladas e benignas.

ATRESIA DO ESÓFAGO: 3 CENÁRIOS, UMA PATOLOGIA

Beatriz Fraga[1], Sara Vaz[1], Catarina Franco[1], Raquel Amaral[1], Fernanda Gomes[1]
[1]H Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução: A atresia do esófago constitui a anomalia congénita mais comum deste órgão. Caracteriza-se pela ausência de um segmento do esófago, associando-se em cerca de 90% dos casos a fístula traqueo-esofágica (FTE). O diagnóstico pode ser pré-natal, contudo a maioria dos casos são diagnosticados após o nascimento.

Caso clínico 1: Recém-nascido (RN) do sexo feminino, fruto de gravidez de risco por idade materna avançada, com polihidrâmnios em ecografia obstétrica. Diagnóstico de atresia do esófago à nascença, com FTE confirmada radiologicamente, tendo-se constatado também presença de 2 hemi-vértebras lombo-sagradas e ânus com prega anal. Transferida para o Hospital Dona Estefânia (HDE) às 24h de vida, onde foi submetida a cirurgia para laqueação de FTE distal e anastomose esofágica, sem complicações até à data.

Caso clínico 2: RN, sexo masculino, fruto de gravidez vigiada com polihodrâmnios e rim esquerdo poliquístico em ecografias obstétricas. Diagnóstico de atresia do esófago à nascença, sendo transferido às 24h de vida para o HDE onde foi submetido a laqueação de FTE proximal e distal e a anastomose esofágica. Endoscopia digestiva alta (EDA) de controlo com estenose da zona de anastomose. Ecografia renal com evidencia de síndrome de junção. Aos 6 meses diagnóstico endoscópico de esofagite – grau II na classificação Savary-Miller, por recusa alimentar. Medicado com inibidor da bomba de protões com melhoria clinica.

Caso clínico 3: RN do sexo feminino, fruto de gravidez de termo sem intercorrências. Parto por cesariana com sensação de polihidrâmnios, sendo transferida para o HDE às 20h de vida por suspeita de atresia do esófago. Submetida a encerramento das FTE proximal e distal e a anastomose esofágica em 3 tempos. Pós-operatório complicado de mediastinite por deiscência da sutura e posteriormente por quadro de oclusão intestinal alta. Após alta, recorrência de refistulização traqueo-esofágica, com necessidade de várias intervenções cirúrgicas, a última aos 26 meses para eliminação de 2 anéis traqueais que continham orifício da fístula. Manteve evolução ponderal inferior ao P5, contudo, desenvolvimento psicomotor adequado.

Conclusão: Os casos apresentados constituem 3 cenários representativos da evolução clínica de recém-nascidos com atresia do esófago. O prognóstico desta patologia depende, em grande parte, da presença ou não de complicações no pós-operatório e da gravidade das mesmas.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA HEPATITE C – CASUÍSTICA DE 13 ANOS DE UM HOSPITAL NÍVEL II

Mariana Matos Martins[1], Sara Silva[1], Andreia Martins[1], Cláudia Ferraz[1], Maria José Costa[1]
[1]S. Neonatologia, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos

Introdução: A transmissão vertical é, atualmente, a forma mais comum de aquisição do vírus da hepatite C (VHC) em idade pediátrica. O risco de transmissão é potenciado pela existência de co-infeção materna pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e ocorre quase exclusivamente em mães com RNA VHC detetável durante a gravidez. O rastreio universal na gravidez não está recomendado dada a evolução frequente para a resolução espontânea e ao facto de ainda não estarem esclarecidos todos os fatores que influenciam a transmissão mãe-filho. Em alguns casos, a hepatite C crónica infantil leva ao aparecimento de insuficiência hepática e hepatocarcinoma.

Objetivo: Caracterizar a população de gestantes com anticorpos anti-VHC positivos e seus filhos.

Métodos: Estudo retrospetivo descritivo com consulta do processo clínico, no período compreendido entre Janeiro de 2001 e Agosto de 2013.

Resultados: Foram incluídos 52 neonatos (63% sexo masculino). A taxa de transmissão vertical foi de 1,9%. Em 96% dos casos a gravidez foi vigiada (67% multíparas; mediana de idade materna 30,5 anos). Na maioria a positividade para o VHC foi detetada no período pré-concecional e o principal meio de contágio materno o toxicológico (52%). Em 7 grávidas existia co-infeção materna pelo VIH (todas cumpriram terapêutica anti-retroviral). A genotipagem foi efetuada na maioria, sendo o genótipo tipo 1a o mais frequente (23%). A determinação da carga vírica materna foi feita em 31 gestantes (16/31 virémia >105 e 11/31 carga indetetável). O parto eutócico foi o mais frequente seguido pela cesariana (56% e 33%, respetivamente). Tiveram rutura de membranas <6h, 77% das mulheres e em nenhum parto se procedeu à monitorização fetal invasiva. Cerca de metade das crianças fez aleitamento materno e todas foram orientadas para a consulta de Neonatologia. A mediana do tempo de seguimento foi de 19 meses, 46% abandonaram a consulta. Em 85% dos casos a PCR VHC foi efetuada >2-3 meses de vida. Em 56% os anticorpos anti-VHC foram realizados após os 15-18 meses. Uma criança ficou infetada com evolução para hepatite C crónica.

Discussão: São vários os fatores hipoteticamente associados à transmissão vertical do VHC sendo a co-infeção VIH aquele melhor estudado. Na nossa amostra o único caso de transmissão vertical assim o demonstra. Não há consenso relativamente ao protocolo ideal de seguimento sendo a identificação de fatores de risco individuais determinante na melhor orientação destes casos.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

DISCREPÂNCIA PONDERAL EM GÉMEOS: MORBILIDADE E MORTALIDADE NEONATAL

Sara Domingues[1], Luísa Neiva Araújo[2], Ana Guedes[2], Luísa Lopes[2]
[1]S. Pediatra, CH Tâmega e Sousa
[2]S. Neonatologia, Maternidade de Júlio Dinis, CH Porto

Introdução: A gravidez múltipla tem aumentado nas sociedades desenvolvidas, sendo a discrepância ponderal (DP) um problema comum em gémeos. Persiste a dúvida se existe um aumento da morbimortalidade no grupo discrepante.

Objetivos: Determinar a frequência de DP entre gémeos e identificar fatores de risco perinatais e complicações neonatais associadas.

População e Métodos: Estudo retrospetivo dos gémeos nascidos num centro de apoio perinatal diferenciado durante um período de 8 anos (entre 1 de Janeiro de 2003 e 31 de Dezembro de 2010). Do total de 1202 gémeos, foram avaliados 1132 e excluídos 70 (tri- e quadri- gémeos). A população estudada foi dividida em dois grupos: não discrepantes (≤20%) e discrepantes (>20%). Analisaram-se dados epidemiológicos, obstétricos, do parto, morbilidade e mortalidade perinatal. Foram também comparadas características particulares no grupo dos discrepantes.

Procedeu-se à análise dos processos clínicos e eletrónicos dos recém-nascidos (RN) e das mães e os testes estatísticos utilizados foram o Mann-Whitney e o t de Student.

Resultados: Na população estudada, a gestação múltipla ocorreu em 2% dos casos, correspondendo a bigemelar a 96%. Dos RN incluídos, 212 (19%) apresentaram DP >20%. Constatou-se que a idade materna ≥35 anos (p<0,001), a hipertensão arterial gravídica (p<0,05) e as lesões de enfarte hipóxico-isquémico placentar (p<0,001) foram mais frequentes no grupo de discrepantes. O grupo em estudo apresentou maior incidência de malformação congénita no sistema nervoso central (p<0,01) e esquelética (p<0,01), maior taxa de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (p<0,001) e uma maior duração de internamento (p<0,001). Relativamente ao tratamento, os RN discrepantes necessitaram mais frequentemente de ventilação assistida (p<0,01), surfatante (p<0,05), nutrição parentérica (p<0,001) e cateteres centrais (p<0,001). A taxa de nados mortos foi superior no grupo de RN discrepantes (3% vs 1%, p<0.05); a mortalidade também foi superior (3% vs 2%) mas esta diferença não foi significativa.

Conclusão: A DP associou-se a uma maior morbilidade neonatal e mortalidade pré-natal. O diagnóstico e seguimento das grávidas com esta patologia fetal em centros de apoio perinatal diferenciado pode melhorar o prognóstico destes RN.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

Comunicações Orais Obstetrícia e Ginecologia

HIPERECOGENECIDADE INTESTINAL FETAL

S. Rodrigues[1], G. Inocêncio[1], R. Maciel[1], C. Dias[1], M.C. Rodrigues[1]
[1]S. Ginecologia e Obstetrícia, CH Porto

A hiperecogenecidade intestinal fetal, um sinal ecográfico inespecífico, é diagnosticada no 2º trimestre de gravidez, com uma prevalência de 0.4-1%. Sendo na maioria dos casos um achado isolado com bom prognóstico, pode dever-se a hemorragia intra-amniótica, aneuploidias, fibrose cística, restrição do crescimento fetal, infeção ou obstrução intestinal.

O objetivo deste trabalho é rever os casos de hiperecogenecidade intestinal (n=23) detetada durante a ecografia fetal e discutidos em reunião de DPN durante 32 meses.

A idade média das gestantes foi de 29 anos (de 18 a 40). 14 eram primíparas. 3 gestações eram gemelares. Onze grávidas realizaram exame de diagnóstico pré-natal invasivo, sendo detetada 1 aneuploidia (47XYY). Em 10 casos foi efetuado estudo de Fibrose Quística sendo todos negativos. Detetou-se 1 caso de infecção fetal por CMV. Apenas 2 grávidas tinham história de metrorragia. Em 17 casos a hiperecogenecidade intestinal acompanhava-se de uma ou mais alterações ecográficas: 2 defeitos da parede abdominal (gastrosquisis e hérnia umbilical), 2 casos de pé boto, 1 CIV, 9 com dilatação de ansas intestinais, 6 casos de RCIU, 8 de oligoâmnios e 2 de hidrâmnios, 1 com AUU e 1 caso de placenta prévia. Ocorreu uma morte fetal numa das gestações gemelares.

A idade gestacional média à data do parto foi 37 semanas (entre 31 e 40); 25 RN's com peso médio de 2643g (entre 1020g e 3810g). À exceção de 1 RN, todos tiveram IA ao 5º minuto ≥ 8.

Dos 9 casos com dilatação das ansas intestinais, 8 resultaram em patologia gastrointestinal neonatal (3 atrésias intestinais e 1 gastrosquisis com atrésia intestinal, 1 suboclusão intestinal, 1 hérnia umbilical, 2 hérnias inguinais). Em 11 RN's foram diagnosticadas outras patologias/anomalias – 4 RN's com baixo peso / muito baixo peso para a idade gestacional, 1 infecção congénita por CMV, 1 pé boto, 1 coartação da aorta, 1 polidactilia, 1 laringomalácia, 1 Sindrome de Nijmegen Breakage, 1 colestase neonatal prolongada. Seis RN's não tiveram intercorrências neonatais; tratava-se dos casos de hiperecogenecidade intestinal isolada. Quinze RN's necessitaram de internamento neonatal prolongado e 9 necessitaram de tratamento cirúrgico neonatal. Ocorreu 1 morte infantil aos 4 meses.

É importante determinar se o intestino hiperecogénico é um achado isolado ou se existem outras anomalias que sugiram a sua etiologia. As grávidas devem ser informadas da possibilidade de patologia fetal e deve-lhes ser oferecido um estudo etiológico direcionado.

ADOLESCER – QUE ESCOLHAS? AS MUDANÇAS DE UMA DÉCADA

T. Lima[1], MT Silva[1], B. Vieira[1], C. Conde[1], M. Fernandes[1], J. Santos[1], M. Teixeira[1], T. Oliveira[1]
[1]U. Maternidade Júlio Dinis / Espaço Jovem, CH Porto

Introdução: O aconselhamento contracetivo é um elemento chave na estratégia da prevenção da gravidez indesejada e das infeções sexualmente transmissíveis nos adolescentes.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar o comportamento das adolescentes com idade igual ou inferior a 15 anos que recorreram ao Espaço Jovem (EJ) em relação à sua saúde sexual e à escolha dos métodos contracetivos no intervalo de uma década.

Métodos: Estudo retrospetivo de adolescentes do sexo feminino com idade igual ou inferior a 15 anos que recorreram pela primeira vez ao EJ nos anos de 2002 (grupo 1 – n=35) e 2012 (grupo 2 – n=91). A análise estatística foi efetuada com o SPSS 21.0 e Excel 2007.

Resultados: Não houve diferenças estatisticamente significativas na idade média e na idade da coitarca entre os dois grupos. No grupo 1, 62,9% das adolescentes não utilizavam qualquer método contracetivo, 20% utilizavam preservativo e 17,1% utilizavam contraceção hormonal (CH); no grupo 2, 52,3% não faziam contraceção, 31,8% usavam apenas o preservativo, 12,5% utilizavam anticoncecional oral e 3,4% eram portadoras do implante subcutâneo. Os motivos de consulta no grupo 1 foram: iniciar contraceção (48,6%), receber informação sobre contraceção (17,1%) e queixas ginecológicas (8,6%); no grupo 2, 62,6% das adolescentes recorreram ao EJ para iniciarem CH, 8,8% queriam confirmar uma possível gravidez e 7,7% pretendiam receber informação sobre contraceção. No final da primeira consulta, 54,3% das adolescentes do grupo 1 foram medicadas com CH e 71,4% no grupo 2; neste grupo, 10,8% das adolescentes colocaram o implante subcutâneo.

Conclusões: Verificou-se que a coitarca tem vindo a ocorrer numa idade mais precoce entre as adolescentes com idade igual ou inferior a 15 anos (embora sem significado estatístico). No entanto, a percentagem das adolescentes desta faixa etária com início de contraceção hormonal antes da primeira consulta no EJ é menor em 2012 do que em 2002. Verifica-se ainda que em 2012 um dos motivos mais frequentes de consulta no Espaço Jovem é para confirmar uma possível gravidez.

Assim, no evoluir de uma década e apesar do acesso à informação ser mais fácil, continuamos a verificar que as adolescentes mantêm comportamentos e escolhas de risco em idades mais precoces. Há que intervir mais cedo na educação dos adolescentes para que estes tenham um futuro mais saudável e promissor.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

GRAVIDEZ E LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO – CASUÍSTICA DA CONSULTA DE PATOLOGIA AUTOIMUNE E GRAVIDEZ DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

António Braga[1], Carlos Vasconcelos[2], Jorge Braga[1]
[1]S. Obstetrícia, CH Porto
[2]U. Imunologia Clínica, CH Porto

Introdução/Objetivos: Lúpus eritematoso sistémico (LES) é uma patologia autoimune que afeta mulheres em idade fértil, pelo que a sua associação com a gravidez não é um evento raro. O percurso clínico destas gestações é repleto de desafios, pelo que uma abordagem multidisciplinar e um acompanhamento obstétrico especializado regular são essenciais. Com a revisão da nossa casuística dos últimos 3 anos, procura-se esclarecer as características clínicas, evolução, impacto do tratamento efetuado e avaliação dos desfechos destas gestações na nossa instituição.

Material e método: Estudo retrospetivo descritivo de todas as gestações com LES vigiadas na Consulta de Patologia Autoimune e Gravidez do Centro Hospitalar do Porto, entre Janeiro de 2010 a Dezembro de 2012.

Resultados: Foram incluídas 39 gestações em 37 pacientes, com idade média de 31,2 anos. 42% eram primigestas e 26% tinham antecedentes de abortamento. 34% dos casos apresentavam associação com outras patologias autoimunes (13% com síndrome anti fosfolipídeo) e 11% dos casos tinham envolvimento renal. 97% das grávidas mantiveram a medicação de base, sendo a hidroxicloroquina o fármaco mais utilizado (71% dos casos). 21% apresentaram agravamento clínico ou analítico durante o curso da gravidez e 7,9% no pós-parto. Todos os casos foram controlados com ajuste da medicação de base. Verificou-se uma taxa de parto pré-termo de 13,5%, dos quais 60% iatrogénicos. Verificou-se uma incidência de pré-eclâmpsia de 10,5% (50% com critérios de gravidade) e 13,2% das gestações complicaram com restrição de crescimento fetal. A percentagem de parto por cesariana foi de 42,1%. Não se registaram casos de morte fetal, asfixia neonatal, malformações fetais major ou mobilidade neonatal grave. Registou-se apenas 1 caso de lúpus neonatal.

Conclusões: Grávidas com LES são pacientes de alto risco, onde uma abordagem e acompanhamento multidisciplinar têm um papel essencial sedo assim possível garantir desfechos obstétricos favoráveis.

PARTO PRÉ-TERMO ANTES DAS 28 SEMANAS: ESTUDO RETROSPETIVO

D. Melo Castro[1], T. Lima[2], S. Rodrigues[2], J. Gonçalves[2], J. Braga[2]
[1] CH Trás-os-Montes e Alto Douro
[2] CH Porto

Introdução: O Parto Pré-Termo (PPT) antes das 28 semanas está reportado em cerca de 5% dos PPT e é aquela que levanta maiores preocupações.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar fatores de risco para PPT extremo, tratamento instituído e o prognóstico do recém-nascido (RN).

Material e métodos: Estudo retrospetivo realizado no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

Resultados: Durante o período estudado (Janeiro a Dezembro de 2012) ocorreram 2124 partos no CHP, dos quais 280 foram pré-termo (que resultaram em 302 nascimentos prematuros). Destes, 12 (4,3%) partos (que resultaram em 13 RN) ocorreram entre as 24 e as 28 semanas. Em dois casos diagnosticou-se morte fetal in útero. A idade média das doentes foi de 32 anos. Como antecedentes pessoais há a referir apenas dois casos de malformações uterinas. Nenhuma doente apresentava antecedentes de PPT ou rotura prematura de membranas pré-termo; 50% eram primigestas. A gravidez foi vigiada em 83,3%. Em 16,7% dos casos realizou-se amniocentese e 16,7% resultaram de técnicas de procriação medicamente assistida. Como complicações da gravidez, três casos tiveram metrorragias de 2º trimestre (25%); e duas grávidas tinham sido internadas por ameaça de PPT (16,7%), quatro por rotura prematura de membranas (33,3%), duas por oligoamnios (16,7%), uma por restrição de crescimento intra-uterino precoce e grave (8,3%) e duas por pré-eclâmpsia (16,7%). Só em sete doentes foi possível fazer ciclo de corticoterapia. Na admissão registou-se dois casos de morte fetal intra-uterina. O parto foi eutócico em 43%. O peso médio do RN foi de 870g. Oito RN (63,6%) desenvolveram sépsis no período neonatal (um destes faleceu ao 12º dia de vida).

Conclusão: O PPT extremo é aquele que nos levanta maiores preocupações, já que quanto menor a IG, pior irá ser o *outcome* do RN. A deteção dos fatores de risco pode-nos levar a intervir antecipadamente e assim reduzir a incidência de PPT. No entanto, na maior parte dos casos os riscos apenas ficaram demonstráveis durante a gravidez, pelo que o tratamento que possa ser instituído não irá ser tão eficaz.

CONTRACEÇÃO EM ADOLESCENTES NOS ÚLTIMOS 15 ANOS: PERSPETIVA DE UM CENTRO DE ATENDIMENTO A JOVENS

Mª Teresa Silva[1], Tânia Lima[1], Bruna Vieira[1], Cidália Conde[1], Mónica Fernandes[1], Joana Santos[1], Marcília Teixeira[1], Teresa Oliveira[1]
[1]CH Porto

Introdução: O aconselhamento contracetivo é um elemento chave na estratégia da prevenção da gravidez e das infeções sexualmente transmissíveis nos adolescentes. Desta forma, é de extrema importância a existência de espaços dedicados a jovens que sejam confidenciais, de fácil acesso e *youth-friendly*, para que a escolha e o uso de contracetivos sejam consistentes e eficazes. Assim, foi criado em 1994, no nosso Hospital, um centro de atendimento a jovens (CAJ) até aos 25 anos de idade: o Espaço Jovem.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar o comportamento das adolescentes que recorreram ao Espaço Jovem nos últimos 15 anos, relativamente à saúde sexual e à escolha contracetiva.

Materiais e métodos: Estudo retrospetivo de adolescentes do sexo feminino com idade inferior a 18 anos, que recorreram pela primeira vez ao Espaço Jovem nos anos de 1997, 2002, 2007 e 2012. Foram avaliados 822 processos, distribuídos por 4 grupos: grupo 1 (ano 1997), n =151; grupo 2 (ano 2002), n=152; grupo 3 (ano 2007), n= 315 e grupo 4 (ano 2012), n=204. A análise estatística foi efetuada com os programas SPSS 21.0 e Excel 2007.

Resultados: A idade média das adolescentes foi de 16,0, 16,0, 15,7 e 15,6 anos, nos grupos 1, 2, 3 e 4, respetivamente (p = 0,001). A percentagem das adolescentes que não utilizavam método contracetivo hormonal vs as que já utilizavam na primeira consulta foi: grupo 1 - 44,8% vs 13,5% [100% - Contraceção oral combinada (COC)]; grupo 2 - 49,6% vs 17,1% [95,6% - COC; 5,4% - progestativo injetável]; grupo 3 - 40,9% vs 17,4% [89,5% – COC; 2,1% - progestativo injetável; 8,4% - implante subcutâneo]; grupo 4 - 41,6% vs 21,3% [87,5% - COC; 12,5% - implante subcutâneo], (p: 0,004). A maioria das adolescentes já era sexualmente ativas: 61,5% vs 38,5% sem atividade sexual no grupo 1, 76,2% vs 23,8% no grupo 2, 74,7% vs 25,3% no grupo 3 e 76,5% vs 23,5% no grupo 4, respetivamente (p=0,01).

A percentagem das adolescentes que já tinham iniciado vida sexual e contraceção hormonal regular à data da primeira consulta foram: grupo 1 – 8,4%; grupo 2 – 14,3%; grupo 3 – 18,1%; grupo 4 – 21,5% (p <0,001). Nas adolescentes que não tinham iniciado atividade sexual e que recorreram à consulta para contraceção hormonal obtiveram-se os seguintes resultados: grupo 1 – 36,5%; grupo 2 – 71,4%; grupo 3 – 52,1%; grupo 4 – 62,5%.

Conclusão: Ao longo destes 15 anos, o Espaço Jovem tem sido utilizado por adolescentes em idades cada vez mais precoces. Embora a idade da coitarca tenha vindo a diminuir, também se verifica que mais adolescentes já utilizam um método contracetivo hormonal à data da primeira consulta. Por outro lado, cada vez mais adolescentes sem vida sexual iniciada recorre ao nosso atendimento para contraceção hormonal. Face aos resultados obtidos, será mandatório criar e dinamizar Centros de Atendimento a Jovens de forma a incentivar e reforçar práticas e comportamentos saudáveis em saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes, acompanhando a evolução em contraceção e as necessidades específicas deste grupo.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

Posters Pediatria

TUMEFAÇÃO CERVICAL DE NOVO: QUANDO A CAUSA É CONGÉNITA

Isabel Serra Nunes[1], Maria Inês Monteiro[1], Miguel Costa[1], Lúcia Gomes[1]
[1]CH Entre o Douro e Vouga

Introdução/Descrição do caso: Adolescente de 16 anos, antecedentes pessoais de asma induzida pelo esforço e atopia; seguida em CE de Pediatria por pubarca precoce, sem alterações endocrinológicas ou reno-pélvicas documentadas e medicada com anti-contracetivo oral por dismenorréia e cataménios irregulares sem outras alterações; refere tumefação cervical lateral esquerda de novo. Nega trauma, febre ou patologias recentes. Ao exame objetivo: tumefação elástica, não aderente com 1,5 cm de maior diâmetro na região lateral cervical anterior ao músculo esternocleidomastoideu, sem outras tumefações palpáveis, sem outras alterações ao exame. É medicada com AINE sem melhoria clínica. Realiza estudo analítico (hematológico, bioquímico e serológico normais) e ecografia cervical que revela formação quística de parede fina na região latero-cervical esquerda sugestiva de quisto da segunda fenda branquial. Desenvolve sintomas progressivos de disfagia e dificuldade respiratória; é avaliada por cirurgia pediátrica e realiza excisão cirúrgica que decorre sem intercorrências e confirma o diagnóstico.

Comentários/Conclusões: O diagnóstico diferencial de uma tumefação cervical é amplo e inclui etiologias benignas e patologia grave ou maligna. Neste estudo é fundamental excluir massas cervicais congénitas: apesar de geralmente presentes ao nascimento, estas podem apresentar-se em qualquer idade e são a causa de tumefação não inflamatória mais comum em idade pediátrica. Os quistos branquiais são responsáveis por quase 20 por cento das massas cervicais em crianças.

Com este caso pretende-se destacar a importância de uma correta avaliação das tumefações cervicais, particularmente das causas congénitas que muitas vezes só se revelam durante a adolescência ou mesmo mais tarde e que podem ser causa de patologia recorrente ou até mesmo de atingimento de outras estruturas, nomeadamente do sistema nervoso.

QUANDO UM PROBLEMA NÃO VEM SÓ…

Patrícia Cardoso[1], Rita Lacerda Vidal[2], Maria Manuel Flores[2], Jorge Vaz Duarte[2]
[1]H Pediátrico Carmona da Mota, CH e Universitário de Coimbra
[2]CH Baixo Vouga

Introdução: A Convenção sobre os Direitos da Criança reconhece à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível. No entanto, a situação socioeconómica e cultural pode contribuir para o não cumprimento desses direitos, e consequente aumento de casos sociais encontrados na clínica diária.

Caso clínico: Menina de 26 meses, etnia cigana, enviada pelo Centro de Saúde local ao SU por obstrução nasal, rinorreia, tosse produtiva e dificuldade respiratória de agravamento progressivo, com 3 dias de evolução. Recusa alimentar parcial. Contexto infecioso (mãe com rinofaringite). Dos antecedentes realça-se má progressão ponderal (MPP) a partir dos 6 meses, com desaceleração passando P25-50 ao <P5. Erros alimentares com excesso de leite materno e carências nutricionais dado ambiente social desfavorecido. Ao exame objetivo à entrada apresentava-se febril; índice nutricional de Waterlow 72,3%; massas musculares pobres e pregas de desnutrição na raiz das coxas; cabelo escasso, fino e baço; SDR moderado e auscultação pulmonar com crepitações no hemitórax esquerdo. Manutenção dos ruídos adventícios após broncodilatação e dessaturação durante o sono. Fez radiografia de tórax que mostrou infiltrado intersticial bilateral. Pesquisa de VSR nas secreções respiratórias negativa. Foi internada por necessidade de oxigenoterapia, situação social e estudo da MPP. Apresentou melhoria progressiva do SDR, sem necessidade de oxigenoterapia a partir de D5 de internamento. Apirexia de D4 a D6 de internamento. Em D6 reiniciou febre, sem outros sintomas. Do estudo analítico destaca-se anemia microcítica e hipocrómica, colheita urinária por algaliação com leucócitos numerosos no sedimento urinário e urocultura positiva para E. coli. Identificada no exame parasitológico de fezes Giardia lamblia. Foi medicada com cefuroxime endovenoso por não tolerância da AB oral (10 dias), tinidazol e ferro oral em dose terapêutica. Feita correção progressiva dos erros alimentares, nomeadamente o excesso de leite materno. À data da alta (D19 de internamento) havia tido aumento ponderal de 880g, sem pregas de desnutrição, e apirética desde D8 de internamento. Na sequência da avaliação pelo S. Social, manteve

acompanhamento pela CPCJ e apoio social local. Dois meses depois foi reavaliada em C. Pediatria Geral, em que mantinha boa evolução ponderal, com peso no P5, sem erros nutricionais relevantes, mantendo suplementação com ferro.

Discussão: Fatores socioeconómicos e culturais, associados a intercorrências infeciosas, podem levar ao crescimento inadequado da criança, principalmente nos primeiros anos de vida, podendo comprometer o seu desenvolvimento saudável. Dessa forma é essencial a realização de atitudes preventivas e identificação precoce dos casos em risco.

TUMEFAÇÃO CERVICAL EM RECÉM-NASCIDO – RELATO DE CASO

Marta Alves[1], Liliana Branco[1], Andreia Lopes[1], Bárbara Pereira[1]
[1]S. Pediatria, U Guimarães, CH Alto Ave

Introdução: As tumefações cervicais são uma situação clínica pouco frequentes no recém-nascido. A fibromatosis colli é uma das causas de tumefação cervical no recém-nascido, com uma prevalência estimada em 0.4% dos nados vivos, a qual se caracteriza por espessamento do músculo esternocleidomastoideu, com consequente massa cervical, a qual se pode acompanhar de torcicolo em cerca de 30% dos casos.

Caso clínico: Descreve-se o caso de um recém-nascido de 16 dias de idade, sexo masculino, caucasiano, primeiro filho de pais jovens, saudáveis, nascido de parto distócico (ventosa) às 38 semanas de gestação, com boa adaptação à vida extra-uterina e somatometria adequada à idade gestacional (2941 g/ 49 cm/ 35 cm).

Foi trazido ao Serviço de Urgência (SU) por verificação de tumefação na região cervical direita no próprio dia, sem associação a febre, irritabilidade ou outros sintomas.

Ao exame objetivo apresentava tumefação cervical direita na dependência do músculo esternocleidomastoideu, de contornos regulares e consistência elástica, ligeiramente dolorosa à palpação. O recém-nascido adotava uma posição preferencial cervical para a esquerda. Não se identificavam assimetrias faciais ou cranianas. O restante exame não apresentava alterações.

Realizou ecografia cervical a qual demonstrou um espessamento heterogéneo e fusiforme do músculo esternocleidomastoideu direito, de margens bem definidas e contorno hipoecóico, com diâmetro ântero-posterior de 12 mm, confirmando assim o diagnóstico de fibromatosis colli.

O doente iniciou tratamento fisiátrico com exercícios de alongamento muscular ao segundo mês de vida. Foram recomendadas aos pais, medidas de reeducação postural.

Discussão: Os autores apresentam um caso de fibromatosis colli com o intuito de relembrar uma patologia pouco frequente, mas na qual o diagnóstico assenta no reconhecimento de uma história clínica e de um exame físico característicos.

Importa salientar o papel da ecografia cervical como meio complementar de diagnóstico de primeira linha para a exclusão de outros diagnósticos, nomeadamente patologia congénita, inflamatória ou neoplásica (benigna ou maligna) com diferentes implicações em termos de terapêutica e prognóstico.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

DOENÇA DE COATS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nádia M. Guimarães[1], Luísa N. Araújo[1], João M. Rosinhas[2], Nuno Gonçalves[3], Renato Santos Silva[3]
[1] S. Pediatria, CH Porto
[2] Interno do Ano Comum, CH Porto
[3] S. Oftalmologia, CH São João

Introdução: A leucocória refere-se a um luar pupilar branco, devendo ser despistado no rastreio visual. Pode ser causada por anomalias do cristalino, vítreo ou retina, sendo a manifestação inicial de múltiplas doenças intraoculares ou sistémicas. Os autores apresentarão um caso de leucocória devida a Doença de Coats.

Caso clínico: Criança do sexo masculino, com 5 anos de idade, levada ao SU por diminuição da acuidade visual (AV) do olho direito (OD) associada a desequilíbrio detetados algumas semanas antes. Exame objetivo sem alterações, à exceção de luar pupilar direito com tonalidade "pálida". Ao exame oftalmológico apresentava AV do OD <1/10, com edema macular (EM) exuberante e exsudação na média periferia. Olho esquerdo sem alterações.

Realizou retinografia, angiografia e ecografia que revelaram alterações microvasculares na periferia temporal associadas a área isquémica, tendo sido diagnosticada de Doença de Coats e posteriormente realizada laserterapia.

Em consultas subsequentes, mantinha AV <1/10. À fundoscopia mantinha EM exuberante e alterações vasculares, mas sem exsudação na região temporal periférica tratadas com laser. Pondera-se laserterapia adicional se os exsudados aumentarem.

Discussão/Conclusão: A Doença de Coats é uma retinopatia exsudativa primária caracterizada por telangiectasias e hemorragias dos vasos retinianos e libertação de plasma formando exsudados intra e subretinianos, podendo culminar em descolamento de retina e glaucoma neovascular. Tem uma incidência baixa, afetando predominantemente o sexo masculino (3:1) na 1ª década de vida, sem predomínio racial, sendo geralmente unilateral.

Apresenta-se tipicamente com défice visual, estrabismo ou leucocória. Dor, heterocromia da íris e nistagmo também podem estar presentes.

O diagnóstico é oftalmológico por fundoscopia ocular, retinografia e angiografia, observando-se a presença de telangiectasias tortuosas e aneurismas retinianos periféricos, exsudados e depósitos retinianos. Em estádios mais avançados poderá existir descolamento de retina, perda de fixação, exotropia e glaucoma neovascular doloroso.

Na ausência de descolamento de retina exsudativo, a fotocoagulação laser ou crioterapia estão indicados para impedir a progressão da doença, sendo o prognóstico bom. Em casos avançados, a cirurgia ou a enucleação poderão ser alternativas terapêuticas necessárias.

Este caso reforça a pertinência do rastreio oftalmológico como parte integrante do exame objetivo completo de uma criança.

ANEMIA HEMOLÍTICA HEREDITÁRIA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Joana Magalhães1, Isabel Couto Guerra[1], Emília Costa[1], Esmeralda Cleto[1], José Barbot[1], Inês Freitas [2]
[1]S. Pediatria, Departamento da Criança e do Adolescente, CH Porto
[2]S. Hematologia Laboratorial, CH Porto

Introdução: Uma anemia hemolítica hereditária pode ter várias causas. Um diagnóstico correto exige uma avaliação detalhada dos parâmetros hematológicos, tanto no seu aspeto quantitativo como na sua representação gráfica, associada a observação cuidada do esfregaço de sangue periférico.

Caso clínico: Criança do sexo masculino, com 4 anos de idade, enviada a consulta externa para rastreio de esferocitose hereditária. Sem antecedentes pessoais relevantes. História familiar de anemia hemolítica na família paterna (avó, tia e pai), com referência a diagnóstico de esferocitose hereditária, tendo o pai sido esplenectomizado.

O doente havia realizado estudo analítico em contexto de infeção respiratória que revelou anemia (Hb 9,3g/dL). Havia já efetuado uma reavaliação, fora de contexto febril, que mostrou Hb normal (11,8 g/dL) com reticulocitose (6,4%). Ao exame objetivo na primeira consulta com ponta de baço palpável, sem outras alterações.

O estudo analítico revelou a presença de um processo hemolítico compensado (Hb 11,9g/dL, reticulócitos 166100 /uL). No esfregaço de sangue periférico foi observada anisopoiquilocitose ligeira, com raras células "mordidas", não sendo observados esferócitos. A fragilidade osmótica revelou-se normal sem incubação e ligeiramente aumentada com incubação.

O pai apresentava também um processo hemolítico compensado (Hb 14,7g/dL, reticulócitos 167300/uL), com morfologia eritrocitária normal e padrão de fragilidade sobreponível. A morfologia eritrocitária, com ausência de esferócitos, e a persistência do processo hemolítico do pai, apesar da esplenectomia, colocaram em causa o diagnóstico de esferocitose hereditária e, associados ao padrão de hereditariedade da doença, orientaram a investigação de outras causas.

Por HPLC foi detetada a presença de uma hemoglobina anormal e o teste para pesquisa de hemoglobinas instáveis foi positivo. O estudo genético revelou, no doente e no pai, heterozigotia para mutação c.295G>A; pVal99Met, compatível com Hb Koln.

Comentários: A Hb Koln é a hemoglobina instável mais frequente, sendo uma patologia com hereditariedade autossómica dominante. A anemia é geralmente ligeira, mas há hemólise persistente. A esplenectomia está contra-indicada, não só por ser ineficaz na resolução da hemólise mas também por condicionar riscos importantes a longo prazo. Assim, o diagnóstico correto de um processo hemolítico pode ter implicações terapêuticas importantes.

DESIDRATAÇÃO HIPONATRÉMICA – UM DIAGNÓSTICO RARO EM IDADE PEDIÁTRICA

Filipa Almeida[1], Susana Lopes[1], Margarida Figueiredo[1], Filipe Oliveira[1], Susana Gama Sousa[1], Alexandra Sequeira[1]
[1]S. Pediatria, U Famalicão, CH Médio Ave

Introdução: A doença de Addison ou insuficiência suprarrenal primária é uma patologia rara em idade pediátrica. As manifestações clínicas da doença são variáveis e inespecíficas, sendo necessário um alto índice de suspeição clínica para o seu diagnóstico. Se não for atempadamente identificada e tratada o desfecho poderá ser fatal.

Caso clínico: Adolescente do sexo masculino com 11 anos, previamente saudável, admitido no serviço de urgência por anorexia, náuseas, dor abdominal e astenia com três dias de evolução. Havia noção materna de perda ponderal nos últimos três dias e um episódio de vómito. Negava febre, diarreia, queixas respiratórias ou urinárias. Apresentava aspeto emagrecido, hiperpigmentação cutânea, olhos encovados, mucosas coradas e ligeiramente desidratadas, boa perfusão periférica, TA 94/68 mmHg (TAs p13; TAd p68), FC 116 bpm, peso 32 Kg (perda 2 Kg), sem outras alterações relevantes. O estudo analítico inicial revelou hiponatrémia (118mEq/L), hipercaliémia (6,1 mEq/L), hipoclorémia (92mEq/L), ureia 109mg/dL, creatinina 0,81mg/dL e acidose metabólica ligeira (pH 7,33; PCO2 35mmHg, HCO3 18mmol/L), com hemograma, transaminases hepáticas, LDH, ácido úrico e glicemia normais. Durante a evolução houve necessidade de volemização e suporte inotrópico com dopamina. Por suspeita de insuficiência suprarrenal (ISR) aguda foi pedido um estudo hormonal dirigido e iniciou terapêutica de substituição com hidrocortisona e fludrocortisona. A tomografia computorizada não revelou alterações das glândulas suprarrenais. O doseamento de ACTH (>1250pg/mL) e cortisol plasmático (1ug/dL) confirmaram o diagnóstico de ISR primária e a presença de anticorpos anticapsulares SR confirmaram a sua etiologia autoimune (doença de Addison). A evolução clínica foi favorável com alta hospitalar ao fim de 10 dias, sendo encaminhado para a consulta de Endocrinologia Pediátrica onde mantém seguimento.

Discussão: Perante uma criança ou adolescente com uma desidratação hiponatrémica, sintomas de adinamia, sinais de desidratação desproporcionais às perdas estimadas e hiperpigmentação cutânea, o diagnóstico de insuficiência supra renal primária deve ser prontamente colocado, evitando uma possível evolução fatal. O posterior seguimento da doença em consulta é importante, não só pelo próprio controlo da doença e promoção da adesão ao tratamento, mas também pela possibilidade de eventual desenvolvimento de outras condições autoimunes associadas.

ERITEMA NODOSO ASSOCIADO A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Rita Lacerda Vidal[1], Andreia Teixeira Martins[1], Margarida Martins[1], Jorge Vaz Duarte[1], Ricardo Ferreira[2]
[1]CH Baixo Vouga
[2]H Pediátrico Carmona da Mota, CH e Universitário de Coimbra

Introdução: O eritema nodoso é uma paniculite septal, caraterizada por nódulos subcutâneos inflamatórios dolorosos, geralmente sem vasculite associada e resultante de uma reação de hipersensibilidade tardia (tipo IV) a doenças ou fármacos. A sua presença obriga à exclusão das patologias suscetíveis de tratamento.

Caso clínico: Adolescente de 14 anos, sexo masculino, internado a 5 de junho de 2013 no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Baixo Vouga, por um quadro clinico caracterizado por lesões cutâneas eritematosas nodulares, dolorosas, nos membros inferiores, com 3 semanas de evolução. Cerca de 1 semana após o aparecimento das lesões iniciou dor abdominal tipo cólica nos quadrantes inferiores do abdómen, dejeções diarreicas (n3/dia), sem muco ou sangue, temperaturas subfebris, perda de peso não quantificada e astenia. Sem história de infeções recentes. Referência nos seus antecedentes de um episódio, há cerca de um ano atrás de diarreia, emagrecimento acentuado e abcesso perianal. Ao exame objetivo apresentava lesões subcutâneas nodulares, violáceas, dolorosas e simétricas na face extensora dos membros inferiores. Analiticamente destacava-se anemia microcítica normocromica, trombocitose e elevação dos parâmetros inflamatórios (pCr 6,01 mg/dL, VS 48 mm), hipoalbuminémia e numerosos leucócitos fecais. A ecografia abdominal revelou alterações do colon sigmóide e colon descendente com parede proeminente e hipoecogénica de modo concêntrico, com 4-5 mm de espessura, gânglios dispersos e derrame peritoneal livre interansas, alterações sugestivas de inflamação intestinal. Perante o diagnóstico de eritema nodoso e muito provável doença inflamatória intestinal, foi enviado para o Hospital Pediátrico de Coimbra, onde realizou colonoscopia e biópsias das lesões que revelaram inflamação crónica agudizada no colon, com distribuição e intensidade heterogénea nos diferentes segmentos, compatível com Doença de Crohn. Iniciou terapêutica dirigida, com resolução dos nódulos subcutâneos e melhoria dos sintomas intestinais.

Conclusão: O eritema nodoso ocorre em cerca de 4% dos doentes com doença inflamatória intestinal. O seu aparecimento geralmente ocorre em paralelo com as alterações inflamatórias e o tratamento dirigido à doença inflamatória intestinal resulta na resolução do eritema nodoso. Apesar de rara, a associação entre eritema nodoso e doença inflamatória intestinal deve ser suspeitada através da anamnese e exame clínico minuciosos.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

DERRAME PLEURAL DE EVOLUÇÃO ARRASTADA

Rute Machado[1], Andreia Martins[2], Rui Almeida[2], Fernanda João[3], Cidrais Rodrigues[2]
[1]S. Pediatria, H Santa Maria, CH Lisboa Norte
[2]S. Pediatria, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos
[3]S. Pneumologia, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos

Introdução: O derrame pleural é uma das complicações associadas a infeções pulmonares, ocorrendo em 2-12% dos casos pediátricos de pneumonia com necessidade de hospitalização. Cerca de 20% têm uma etiologia vírica ou a Mycoplasma, sendo tipicamente de pequeno volume e de rápida resolução. Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente com derrame pleural bilateral, cuja evolução arrastada e ausência de explicação etiológica inequívoca conduziram a algumas dúvidas na abordagem.

Caso clínico: Jovem de 17 anos, com antecedentes de atopia (asma e rinite alérgicas, não medicado e controlado) e doença de Osgood-Schlater, sem outros antecedentes relevantes. Recorre ao Serviço de Urgência por toracalgia bilateral com 2-3 semanas de evolução, intermitente, sem aparentes características pleuríticas, associada a tosse irritativa na última semana e febre baixa nas 24h precedentes. Ausência de outra sintomatologia respiratória, compromisso do estado geral ou contactos conhecidos com tuberculose. Ao exame objetivo, apresentava apenas murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases pulmonares. Do estudo efetuado salientava-se: hemoleucograma sem alterações, Proteína C Reativa elevada (188mg/L), Radiografia do tórax com infiltrado intersticial bilateral associado a apagamento bilateral dos ângulos costo-frénicos, ecografia torácica confirmando derrame pleural bilateral (simples) e tomografia torácica mostrando adicionalmente formações ganglionares mediastínicas, pericentimétricas de aparente significado reativo e presença de atelectasias passivas, lineares adjacentes a ambos derrames pleurais. O exame do líquido pleural revelou um exsudado, cujo estudo bioquímico, citológico e microbiológico foi negativo. O estudo serológico demonstrou uma positividade IgM e IgG para Mycoplasma pneumoniae e Chlamydia pneumoniae. Foram excluídas outras doenças renais, hepáticas ou cardíacas. Cumpriu 10 dias de ceftriaxone e 5 dias de azitromicina, verificando-se resolução da febre após 7 dias e diminuição progressiva dos marcadores inflamatórios (VS e PCR). Após a alta, manteve toracalgia intermitente e tosse durante 2 semanas, persistindo também a diminuição do MV em ambas as bases durante cerca de 2 meses, encontrando-se assintomático desde então. As alterações na radiografia do tórax desapareceram ao fim de 4,5 meses após a alta, persistindo nessa altura uma pequena lâmina de derrame pleural direito detetada por ecografia, com resolução posterior.

Discussão: A descrição do presente caso clínico pretende evidenciar que mesmo um derrame pleural com uma evolução arrastada pode ser benigno. Assim, muitos autores defendem uma abordagem conservadora, com vigilância clínica e radiológica, se o doente está a melhorar e se não existe suspeita de tuberculose ou doença neoplásica.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E CONTRACEÇÃO – UM DILEMA DA NOVA ADOLESCÊNCIA

Andreia A. Martins[1], Rute Machado[2], Rui Almeida[1]
[1]S. Pediatria, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos
[2]S. Pediatria, H Santa Maria, CH Lisboa Norte

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) é uma patologia cada vez mais prevalente em idade pediátrica, encontrando-se ainda assim possivelmente subdiagnosticada. A sua etiologia varia de acordo com a idade devendo as causas secundárias ser sempre consideradas. O seu reconhecimento precoce torna-se fundamental pois um tratamento atempado poderá evitar lesões nos órgãos alvo (LOA) potencialmente graves.

Caso clínico: Adolescente de 15 anos, sexo feminino, raça caucasiana, com antecedentes pessoais de asma/rinite alérgica (sem terapêutica crónica), desportista, descrita como tendo uma "personalidade ansiosa". Sob anticoncecional oral (ACO) (estroprogestativo) desde os 14 anos, por início de atividade sexual. Dos antecedentes familiares a destacar HTA em ambos os pais e avós.

Enviada à consulta externa de Pediatria por HTA (Tensão arterial (TA) sistodiastólica > P99) caracterizada em monitorização ambulatória como padrão "não dipping", com cargas tensionais sistólica e diastólica, diurna e noturna, anormais. Sem sintomas sugestivos de causas secundárias de HTA secundária ou lesão de órgãos alvo e restante exame objetivo irrelevante. O estudo efetuado permitiu excluir causas secundárias de HTA (nomeadamente renais/renovasculares, cardiovasculares ou endócrinas) e comorbilidades associadas. Perante a persistência de HTA com investigação inconclusiva, acabou por aceitar, após uma grande relutância inicial, suspender o ACO. Cerca de 2 meses depois evidenciava TA < P 90.

Discussão: A utilização de ACO associa-se a HTA em até 5% dos casos, pelo que este efeito lateral deve ser tido em conta mesmo quando utilizados em adolescentes, podendo evitar uma investigação diagnóstica alargada. No presente caso, outros fatores poderão ter contribuído para a sua expressão ("personalidade ansiosa", história familiar de HTA), especulando-se sobre a instalação futura de uma HTA essencial.

ESTUDOS POLIGRÁFICOS DE SONO: PORQUÊ E PARA QUÊ?

Joana Magalhães[1], Susana Ferreira[2], Telma Barbosa[1], Lurdes Morais[1], Chaves Caminha[2], M Guilhermina Reis[1]
[1]S. Pediatria, Departamento da Criança e do Adolescente, CH Porto
[2]S. Cuidados Intensivos, CH Porto

Introdução: A polissonografia do sono (PSG) em laboratório é o método de eleição no estudo da patologia respiratória do sono, sendo exigente nos recursos. A poligrafia do sono (PG) em ambulatório é um exame com menor custo, que associado a correta avaliação clínica tem utilidade na orientação terapêutica de alguns doentes.

Os autores apresentam a sua experiência com as PG realizadas no Centro Hospitalar do Porto a crianças e adolescentes entre janeiro de 2010 e setembro de 2013: caracterização dos doentes, indicações e avaliação de resultados.

Resultados: Foram realizados 107 exames a 88 doentes, solicitados pela consulta de Pediatria-Pneumologia em 94% dos casos. A mediana de idades à realização foi de 11,4 anos (mínimo 2,2 e máximo 18 anos), sendo 69% do sexo masculino. Por suspeita de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) foram realizados 39%, dos quais 43% confirmaram o diagnóstico. A obesidade esteve presente em 40% destes casos, dismorfia facial em 23%, tendo os restantes rinite hipertrófica ou outra patologia.

As outras 61% de PG foram solicitadas para avaliação de patologia respiratória complexa, das quais 77% (46% do total) realizadas na avaliação de crianças com doença neuromuscular, com 46% descritas como normais. Outras PG foram realizadas para avaliação de patologia respiratória com atingimento das vias aéreas inferiores.

A duração mínima do registo foi 4,5h horas, com média de 7,5h, sendo dois registos abaixo das 6 horas. Sessenta e um exames incluíram 6 canais e os restantes 7.

Dos doentes que efetuaram PG, 22 encontram-se sob VNI domiciliária foram submetidos a cirurgia ORL 4 crianças. Quatro doentes realizaram posteriormente PSG.

Discussão: A poligrafia do sono é um exame exequível em crianças e adolescentes. Nesta amostra foi usada sobretudo como avaliação complementar de doentes com patologia complexa. Na indisponibilidade de PSG em laboratório a PG foi um instrumento importante na validação da impressão clínica para a decisão de terapêutica ventilatória e/ou cirúrgica.

BIÓPSIAS RENAIS EM PEDIATRIA – EXPERIÊNCIA DE 16 ANOS DO CHP

Sofia Aires[1], Ana Pinho[2], Liliana Rocha[3], Maria Sameiro Faria[3], Teresa Costa[3], Paula Matos[3], Conceição Mota[3]
[1]S. Pediatria, CH Tondela-Viseu
[2]S. Nefrologia, CH Algarve
[3]S. Nefrologia Pediátrica, CH Porto

Introdução: A biópsia renal permite estabelecer, em casos devidamente selecionados, um diagnóstico, bem como elaborar um plano terapêutico e prognóstico adequados.

O objetivo deste trabalho é rever e caracterizar os casos pediátricos submetidos a biópsia renal nos últimos 16 anos, no serviço de nefrologia pediátrica do Centro Hospitalar do Porto.

Métodos: Estudo retrospetivo com consulta das biópsias realizadas em idade pediátrica entre 1997 e 2012, nesta instituição. Comparação dos resultados obtidos nos períodos entre 1997- 2004 e 2005-2012.

Resultados: Foram realizadas 177 biópsias durante o período em estudo (10% amostra insuficiente/ inadequada), com uma média de 11 biópsias por ano (mínimo 2; máximo 21) e distribuição constante nos últimos anos. Verificou-se um ligeiro predomínio do sexo feminino (54,8%), apresentando uma idade média de 11 anos à data da biópsia.

O principal motivo para realização de biópsia renal foi o síndrome nefrótico (46,9%), seguido das anomalias urinárias (32,2%) e da síndrome nefrítica aguda (12,4%). Comparando os dois períodos, verifica-se que o síndrome nefrótico é o principal motivo nos dois grupos, tendo-se verificado uma redução do número de biopsias por anomalias urinárias nos últimos oito anos.

Os três principais diagnósticos renais foram a Nefropatia IgA (16,4%), a glomerulonefrite mesangioproliferativa não IgA (14,7%) e a doença de lesões mínimas (11,9%). Comparando os dois períodos, verifica-se um aumento na prevalência da doença de lesões mínimas e uma diminuição na glomerulonefrite mesangioproliferativa no período entre 2005-2012, com uma distribuição constante da Nefropatia de IgA. Dentro do síndrome nefrótico, a doença de lesões mínimas é a mais frequente. Registaram-se apenas dois casos complicados com hematúria macroscópica.

Discussão: Com uma taxa de complicações praticamente desprezível, a biópsia tem sido um importante e seguro método auxiliar de diagnóstico na nefrologia pediátrica. A principal indicação para a sua realização em pediatria continua a ser o síndrome nefrótico. O principal diagnóstico da nossa amostra foi a nefropatia de IgA. Nos últimos anos tem-se verificado uma diminuição no diagnóstico de glomerulonefrite mesangioproliferativa não IgA em detrimento de um aumento da prevalência da doença de lesões mínimas.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

APRESENTAÇÃO EM CRESCENTES: UM CASO RARO DE GLOMERULONEFRITE C3

A. Pinho[1], S. Aires[2], L. Rocha[3], S. Faria[3], T. Costa[3], P. Matos[3], C. Mota[3]
[1]S. Nefrologia, CH Algarve
[2]S. Pediatria, CH Tondela-Viseu
[3]S. Nefrologia Pediátrica, CH Porto

Introdução: Definida pela presença de crescentes em mais de 50% dos glomérulos, são raros os casos(<5%) de glomerulonefrite(GN) em crescentes que não se associam à presença de anticorpos/ imunocomplexos circulantes, sendo as alterações da via alternativa do complemento, uma causa explorada muito recentemente. Cada vez mais estudadas, estas alterações subjacentes à GNC3, habitualmente de apresentação membrano-proliferativa, associam-se a distúrbios genéticos com impacto terapêutico e prognóstico relevantes.

Caso clínico: Criança de 10 anos de idade, sexo feminino, sem antecedentes patológicos conhecidos, que recorreu ao SU por quadro de hematúria macroscópica com 7 dias de evolução, sem outra sintomatologia associada. Negou ainda história pessoal de doenças infeciosas ou contexto epidemiológico de risco, bem como, história de doenças familiares. Ao exame objetivo, não se identificaram alterações, salientando-se a tensão arterial controlada e a diurese preservada. O estudo analítico inicial revelou hemograma, proteínas séricas, albumina, perfil hepático, renal e lipídico séricos dentro dos parâmetros normais. Os exames urinários demonstraram a presença de leuco-eritrocitúria no sedimento (1076/µl e 7765/µl, respetivamente), quantificação de excreção proteica de 99 mg/m2 /hr em urina de 24h e urocultura negativa.

Dada a hemato-proteinúria, prosseguiu-se no estudo que revelou consumo isolado do C3(50.6mg/dl), estudo imunológico e serológico negativos. Procedeu-se à biopsia renal onde se identificaram 23 glomérulos com crescentes celulares em 80%; a imunofluorescência(IF) mostrou depósitos difusos/granulares de C3(++) a nível mesangial, da membrana basal glomerular e tubular que, à microscopia eletrónica(ME), permitiu o diagnóstico de GNC3.

Face ao diagnóstico, iniciou terapêutica com corticoides e ciclofosfamida e após 6 meses, encontrava-se clinicamente estável, sem hematúria, com proteinúria aproximada de 0,75 mg/mgCr. Foi pedido doseamento do FatorH que se revelou normal, aguardando-se o doseamento do FactorC3 nefrítico e o estudo genético.

Discussão: As apresentações histomorfológicas renais são reflexo de grupos heterogéneos de doenças que exigem atualmente categorização por IF e ME. Este caso ilustra a importância da utilização de marcadores moleculares e genéticos, na medida em que estes definem associações genótipo-fenótipo precisas, possibilitando abordagens mais adequadas.

OSTEOMIELITE A STREPTOCOCCO DO GRUPO B (SGB) EM RECÉM-NASCIDO: REVISÃO DO CASO CLÍNICO

Ekaterina Popik[1], Catarina Matos de Figueiredo[1], Filipa Raposo[2], Joana Amorim[1], Cristina Godinho[1], Eduardo Almeida[1], Lurdes Morais[1]
[1]CH Porto
[2]ULS Alto Minho

Introdução: A osteomielite causada pelo SGB é uma forma rara (5% dos casos) de apresentação desta infeção no recém-nascido (RN). O início é geralmente insidioso, por volta das 2-4 semanas de vida e localiza-se de forma preferencial ao úmero, fémur ou tíbia.

Caso clínico: Recém-nascido do sexo masculino, internado com 12 dias de vida por febre e diminuição dos movimentos do membro superior direito (MSD) de agravamento progressivo.

Segundo filho de um casal jovem, com história familiar irrelevante. A gravidez decorreu sem intercorrências, com ecografias pré-natais normais e serologias negativas. SGB negativo. Nascido de termo, parto eutócico, com um índice de Apgar 9/10 ao 1º e 5º minuto, respetivamente, com um peso adequado à idade gestacional e com um exame físico normal. Teve alta ao 2º dia de vida sem qualquer intercorrência. Alimentado ao seio materno de forma exclusiva.

Sempre bem, com evolução ponderal favorável até ao 7º dia de vida, altura em que foi observada uma diminuição dos movimentos do MSD, com agravamento progressivo, acompanhada de algum desconforto na sua mobilização. Aos 12 dias de vida, aparecimento de febre. Por este quadro clínico recorreu ao hospital, tendo ficado internado.

O estudo analítico inicial mostrou rastreio infecioso negativo e VDRL pedido à mãe também negativo. Por persistência de febre, repete estudo analítico e inicia antibioterapia com flucloxacilina e gentamicina. Em D3 de internamento por isolamento de SGB na hemocultura é mudado o esquema de antibioterapia para penicilina G (50000 U/kg/dose 6/6h) e gentamicina. Radiologicamente apresentou imagem lítica justa-epifisária proximal do úmero direito, sem evidência ecográfica de derrame.

Por manter parésia do MSD, em D14 de internamento foi submetido a trepanação óssea e lavagem cirúrgica. Agravamento clínico 24 dias após a cirurgia, pelo que realizou ressonância magnética do MSD com evidência de derrame articular. Realizada artrocentese, com melhoria clínica posterior. Cumpriu 42 dias de penicilina G ev.

Conclusão/Discussão: A osteomielite por SGB, apesar de rara, deve ser um diagnóstico diferencial a considerar nas primeiras semanas de vida, sobretudo devido às complicações associadas e necessidade de intervenção precoce.

CASO CLÍNICO - VÓLVULO JEJUNOILEAL EM RECÉM-NASCIDO

Catarina Sousa[1], Ana Coelho[1], Joana Pereira[1], Fátima Carvalho[1]
[1]S. Cirurgia Pediátrica, CH Porto

Introdução: A obstrução intestinal neonatal é uma causa comum de admissão em Unidade de Cuidados Neonatais, surge em cerca de 1 para cada 2000 recém-nascidos e tem uma etiologia multifatorial. A importância de um diagnóstico precoce e um rápido tratamento pode evitar ou minimizar complicações tais como a aspiração de vómito, necrose intestinal, enterocolite, sépsis ou outras, melhorando amplamente o prognóstico, com melhores resultados na morbilidade e mortalidade.

Caso clínico: Recém-nascido de termo, sexo feminino, gravidez vigiada, com ecografias fetais normais, parto eutócico, APGAR 9-10. Ao 3º dia de vida, inicia quadro de dor e distensão abdominal, vómitos de características biliares e ausência de trânsito intestinal. Foi colocada sonda nasogástrica e verificou-se um aumento progressivo de drenagem. De referir registo de uma dejeção de mecónio em pequena quantidade nas primeiras 24 horas de vida.

Foi transferido para o SUCPN onde realizou radiografia abdominal simples que revelou uma segmento de ansa intestinal amplamente distendido e ausência de arejamento na região inferior do abdómen, imagens essas sobreponíveis às disponibilizadas pelo hospital proveniente.

Colocada a hipótese diagnóstica de vólvulo intestinal/oclusão intestinal por mal-rotação, a celeridade de tratamento cirúrgico impunha-se. Assim, foi submetido no mesmo dia a laparotomia exploradora com incisão transversal supraumbilical. Constatou-se estarmos perante um vólvulo jejunoileal com ansa isquémica de cerca de 15 cm, distando na porção distal 20 cm da válvula ileocecal. Procedeu-se a resseção da área atingida e confeção de anastomose termino-terminal. Não foram identificadas outras malformações, nomeadamente a existência de mal-rotação intestinal associada.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências do foro cirúrgico, com restabelecimento rápido do trânsito intestinal e da tolerância alimentar. A registar uma infeção respiratória no pós-operatório imediato.

Apresentou nos meses subsequentes 2-3 episódios de dor abdominal e vómitos em pequeno número interpretados como quadros de sub-oclusão intestinal mas que resolveram espontaneamente com tratamento médico.

Discussão: Este caso clínico assume importância pela raridade da patologia encontrada isoladamente.

O vólvulo jejunoileal sem outras malformações associadas não se encontra descrito comumente na literatura e o seu diagnóstico e tratamento atempados são “life-saving”.

O PARTO DEIXA MARCAS… TAMBÉM NO RECÉM-NASCIDO!

Marta Machado[1], Patrícia Cardoso[2], Daniela Pio[1], Adelaide Bicho[1]
[1]S. Pediatria, CH Baixo Vouga
[2]H Pediátrico Carmona da Mota, CH e Universitário de Coimbra

Introdução: Perante um feto em apresentação pélvica, o parto por via vaginal acarreta potenciais complicações. No entanto, embora raros, existem já alguns casos descritos na literatura de fratura femoral na sequência de parto por cesariana.

Caso clínico: Recém-nascido do sexo masculino, fruto de gestação vigiada. Parto às 34 semanas e 5 dias de gestação por rutura prematura de membranas, cesariana por apresentação pélvica, extração difícil. Boa adaptação à vida extra-uterina. Peso de nascimento de 2055 gramas.

Em D2 de vida notado edema da coxa esquerda, de agravamento progressivo, associado a limitação da extensão do membro inferior e dor à manipulação, sem crepitação palpável e sem febre associada. Realizou estudo analítico que revelou elevação da Creatina Fosfoquinase (693 U/L), sem alterações sugestivas de processo infecioso subjacente. Realizou também Radiografia dos membros inferiores, que evidenciou pequeno arrancamento condiliano do fémur esquerdo com provável lesão do ligamento lateral externo. Boa evolução sob tratamento conservador.

Alta em D18 de vida, com melhoria franca do edema da coxa, já possível a extensão passiva completa e não dolorosa do membro inferior esquerdo.

Reavaliação clínica e radiológica às seis semanas de vida: fratura já consolidada; sem alterações à observação.

Discussão: Em partos de extração difícil, pode ocorrer traumatismo dos ossos longos, particularmente quando o recém-nascido está em apresentação pélvica. Embora o parto por cesariana reduza substancialmente este risco, não o elimina completamente, pelo que deve ser sempre colocada a hipótese de fratura perante sinais e sintomas sugestivos, ainda que a abordagem tenha sido a cesariana.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

DOR ABDOMINAL CRÓNICA NA INFÂNCIA

Joana Castanheira[1], Mónica Lopes[1], Marta Fernandes[1]
[1]USF Fiães

Introdução: A dor abdominal crónica e recorrente é um sintoma frequente na infância e pode ser atribuída a muitas causas, entre as quais a doença celíaca. Nesta doença autoimune existe uma inflamação do intestino delgado, causada pela sensibilidade ao glúten da dieta. É mais frequente na infância mas pode ser diagnosticada em qualquer idade. A prevalência em Portugal está estimada em cerca de 0,7 %, para uma população de adolescentes. Atualmente existe evidência crescente de que o risco de expressão clínica possa ser reduzido pela amamentação contínua aquando da introdução do glúten na dieta ou pela sua introdução gradual.

Caso clínico: Uma menina de 3 anos apresentava um quadro de dor e distensão abdominal, perda de apetite e diarreia, com algumas semanas de evolução. Ao exame físico, o que mais se destacava era o timpanismo abdominal. Este quadro foi inicialmente interpretado e orientado como uma possível condição vírica. Seis dias depois, foi novamente trazida à consulta por manutenção da perda de apetite e alteração da consistência e cor das fezes. Continuava a destacar-se um abdómen distendido e timpanizado. Realizaram-se uma urocultura e um exame parasitológico das fezes, que estavam negativos. Agendou-se uma consulta de reavaliação no prazo de um mês. Nessa consulta, mantinham-se as queixas gastrointestinais, nomeadamente, dor abdominal recorrente, aumento do volume fecal e distensão/timpanismo abdominal objetiváveis. Dada a persistência do quadro, foram surgindo várias hipóteses diagnósticas e a menina foi reencaminhada para o hospital de referência para estudo complementar. Em cerca de 4 meses, voltamos a recebê-la em consulta, trazendo os resultados de um estudo de auto imunidade positivo para doença celíaca. A confirmação deste diagnóstico conseguiu-se com recurso a uma biópsia do intestino delgado positiva.

Discussão: A diversidade de sinais e sintomas gastrointestinais apresentados abria um leque variado de hipóteses diagnósticas nesta faixa etária. Neste caso a idade de apresentação do quadro não foi a mais habitual para as principais entidades consideradas. Atualmente, sabe-se que a prevalência de doença celíaca é frequentemente subestimada, uma vez que muitos doentes têm sintomas mínimos ou uma apresentação atípica. Sabe-se também que a doença celíaca não diagnosticada acarreta riscos de complicações graves que não devem ser ignoradas.

"O QUE PARECE NEM SEMPRE É"

Raquel Oliveira[1], Margarida Morais[1], Sandrina Martins[2], Ana Rita Araújo[1], Suzana Figueiredo[1]
[1]S. Pediatria, ULS Alto Minho

Introdução: A inespecificidade clínica na lactância é bem conhecida pelo Pediatra. Em algumas situações a clínica pode ser de tal forma atípica que para a determinação da entidade patológica subjacente as orientações diagnósticas e terapêuticas podem tomar contornos irregulares. Apresentamos o caso clínico de uma criança com uma patologia aguda relativamente comum na idade pediátrica, cujo diagnóstico foi dificultado pela ausência de manifestações descritas como típicas.

Caso clínico: Lactente de 11 meses, sexo masculino, sem antecedentes de relevo. Trazido ao serviço de urgência por prostração e recusa alimentar total com um dia de evolução. Referência a 2 episódios de dejeções líquidas sem sangue ou muco e 1 vómito no próprio dia. Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável, prostrado, abdómen globoso, mole e depressível, indolor à palpação, sem organomegalias ou tumefações palpáveis, sem outras alterações de relevo. Dos exames realizados destaca-se glicosúria, hiperglicemia (293mg/dl) e cetonemia (1.9mmol/L). Hemograma, bioquímica alargada, gasometria venosa, citologia e bioquímica do LCR sem alterações, à exceção de glicorráquia. Colocou-se a hipótese de diabetes inaugural com cetose, motivo pelo qual iniciou terapêutica dirigida. Posteriormente iniciou HTA e taquicardia, tendo em D2 um vómito em borra de café. Sem trânsito intestinal desde a admissão. Fez TC abdominal que revelou volumosa invaginação intestinal na região ileo-cecal. Foi transferido para centro de cirurgia pediátrica e submetido a desinvaginação pneumática, sem intercorrência.

Discussão/Conclusão: A avaliação de crianças com prostração de instalação aguda é por vezes um desafio devido à ampla gama de diagnósticos diferenciais. Esta é uma forma possível de apresentação de invaginação intestinal, causa mais comum de emergência abdominal na primeira infância. Tipicamente apresenta-se com dor abdominal aguda, severa, associada a vómitos e dejeções hemáticas. Numa pequena minoria os sinais iniciais são letargia e alteração da consciência, sem sinais abdominais aparentes, pelo que o elevado grau de suspeição clínica é fundamental para orientação dos exames auxiliares de diagnóstico. Neste caso clínico, o diagnóstico de uma entidade relativamente comum tomou contornos atípicos. A apresentação clínica e manutenção de mau estado geral levou a uma avaliação diagnóstica mais invasiva incluindo a realização do exame imagiológico, crucial para estabelecer o diagnóstico.

FEBRE PROLONGADA EM LACTENTE

Sara Pires da Silva[1], Joana Leite[1], Ana Aguiar[1], Emília Costa[2], Marco Pereira[1]
[1]S. Pediatria, H Pedro Hispano, ULS Matosinhos
[2]S. Hematologia Pediátrica, CH Porto

Introdução: A febre é um dos sintomas mais comuns em idade pediátrica. Quando não associada a outros sinais ou sintomas pode revelar-se um importante desafio diagnóstico. Os principais diagnósticos a equacionar continuam a incluir as causas infeciosas, bem como imunológicas ou oncológicas.

Caso clínico: Lactente de 12 meses de idade, sexo feminino, previamente saudável. Admitida por febre elevada (Tmáx.-40ºC) com 9 dias de evolução, sem foco aparente. Da anamnese salienta-se viagem recente à região do Alto Douro. Ao exame objetivo não apresentava alterações de relevo e analiticamente destacava-se a presença de anemia microcítica (Hg-7,9g/dL;VGM-66.5fL), trombocitopenia (100000plaq./uL), sem leuco/neutropenia e elevação da PCR (89,7mg/dL). Por suspeita de bacteriémia oculta iniciou Ceftriaxone e.v. 80mg/kg/dia, colhendo exames microbiológicos e imunológicos que se revelaram negativos. Em D14 de febre foi notada palidez cutânea e hepatoesplenomegália palpável, confirmada ecograficamente. Nas avaliações analíticas subsequentes, foi detetada pancitopenia de instalação progressiva e elevação dos parâmetros inflamatórios. Em D18 de febre foi transferida para centro de Hematologia Pediátrica para avaliação medular a fim do esclarecimento etiológico. O mielograma revelou uma medula normocelular, morfologicamente normal e identificou parasitas de Leishmania. A imunofenotipagem da medula não demonstrou alterações sugestivas de doença oncológica e a biopsia óssea não apresentou alterações de relevo.

Foi assim diagnosticada leishmaníase visceral e iniciado tratamento com Anfotericina B lipossómica endovenosa (3mg/kg/dia D1-5, D14 e D21). Registou-se boa resposta clínica e analítica, com apirexia sustentada ao segundo dia de tratamento, progressiva normalização das contagens celulares sanguíneas e regressão da esplenomegália.

Nas consultas de seguimento constatou-se manutenção da estabilidade clinica, sem intercorrências de relevo.

Discussão: O caso clínico exposto ilustra a apresentação clássica da leishmaníase visceral. Realça-se a necessidade de estabelecer um diagnóstico diferencial com outras patologias tanto do foro infecioso como oncológico, bem como a importância da visualização direta do parasita nos tecidos para o diagnóstico definitivo desta zoonose. Quanto à opção terapêutica tomada trata-se de um fármaco comummente bem tolerado, com um esquema de administração curto e cómodo apresentando uma elevada taxa de eficácia, como evidenciado neste caso clínico.

ATRESIA ILEAL – UMA ETIOLOGIA POUCO COMUM

Liliana Abreu[1], Filipa Neiva[1], Liliana Pinheiro[1], Dária Rezende[1], Carla Sá[1], Albina Silva[1], Belandina Gil[2], Alexandra Cadilhe[2], José Luís Carvalho[3], Jorge Correia Pinto[3], Almerinda Pereira[1]
[1]U. Cuidados Intensivos Neonatais, S. Pediatria, H Braga
[2]U. Medicina Fetal, S. Ginecologia / Obstetrícia, H Braga
[3]S. Cirurgia Pediátrica, H Braga

Introdução: A atrésia jejuno-ileal é uma das causas mais frequentes de obstrução intestinal no período neonatal. O diagnóstico ecográfico pré-natal é um desafio, com algumas obstruções apenas detetáveis no final do 2º trimestre. O uso de ressonância magnética (RM) tem vindo a ser defendido, para melhor caracterização dos achados ecográficos.

Em 45% dos casos há associação com outras anomalias intestinais como malrotação, peritonite meconial, microcolon, quistos de duplicação, entre outros.

Caso clínico: Recém-nascida, sexo feminino, sem antecedentes familiares de relevo, gravidez vigiada com diagnóstico ecográfico às 21 semanas de gestação de obstrução intestinal. A RM fetal, às 34 semanas, identificou formação arredondada, no quadrante superior direito da cavidade abdominal, provável quisto do ovário/mesentérico. Nascida por cesariana, às 38 semanas, Índice de Apgar 9/10, 2070 g (restrição de crescimento intra-uterino).

Realizou em D1 de vida radiografia e enema com contraste, compatíveis com obstrução intestinal, e ecografia abdominal que confirmou a presença de tumefação ecogenea com 5,2 x 2,4 cm no flanco e fossa ilíaca direitos, compatível com ansa ileal distendida com conteúdo líquido muito espesso, e sem peristaltismo.

Perante estes achados efetuou laparotomia exploradora em D1 de vida, com identificação de atrésia ileal secundária a torção de quisto de duplicação ileal comunicante, posteriormente confirmado por anatomia-patológica. Efetuada enterectomia de segmento ileal, incluindo quisto necrosado e anastomose íleo-ileal termino-oblíqua. Iniciou alimentação entérica em D6 de vida, com boa tolerância. Apresentou boa evolução clínica, teve alta ao 10ª dia pós-operatório. Atualmente, com 13 meses de idade, apresenta desenvolvimento adequado e peso no P<5.

Discussão: Pretendemos, com este caso, realçar a importância do diagnóstico pré-natal, ao permitir a intervenção precoce, num quadro de obstrução intestinal, cujas possíveis complicações (hemorragia, perfuração, infeção), conduziriam a um desfecho menos favorável.

Permite igualmente o rastreio outras anomalias, aconselhamento parental, interrupção de gravidez (quando justificado) e adequação da via e local do parto, que deve ocorrer num centro com cuidados neonatais diferenciados e cirurgia pediátrica.

Este caso assume particular interesse pela incomum etiologia da atrésia intestinal, resultante da torção de um quisto de duplicação ileal.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

MÁ EVOLUÇÃO PONDERAL E ESTRIDOR

Joana Magalhães[1], Sara Esteves[2], Sandra Castro[2], Fernando Guedes[3],Telma Barbosa[1], Ana Ramos[1], Virgílio Senra[1]
[1]S. Pediatria, Departamento da Criança e do Adolescente, CH Porto
[2]S. Otorrinolaringologia, Departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, CH Porto
[3]S. Pneumologia, Departamento de Medicina, CH Porto

Introdução: O estridor é um sinal de alarme de obstrução da via aérea extra-torácica.

Frequentemente associa-se a elevada morbilidade e por vezes mortalidade, obrigando a investigação etiológica por visualização direta com fibroscopia.

Caso clínico: Lactente com 7 meses enviado à consulta externa por respiração ruidosa desde o primeiro mês, associada a dificuldade respiratória com agravamento durante o sono e má progressão ponderal desde os quatro meses, sem outros sintomas associados. Ao exame objetivo, lactente desnutrido, com obstrução nasal e rinorreia mucopurulenta, dificuldade respiratória moderada e estridor mais evidente em decúbito dorsal, sendo observadas apneias obstrutivas.

A avaliação analítica, incluindo hemograma, função hepática, renal e tiroideia, estudo imunológico, prova de suor e teleradiografia torácica não revelou alterações. Realizou oximetria noturna no domicílio registando-se múltiplas dessaturações, com um índice apneia/hiponeia de 11 por hora.

Efetuou broncofibroscopia, sendo observada na base da língua massa volumosa, arredondada, coloração esbranquiçada, consistência elástica, séssil, causando obstrução fixa de 50% e intermitentemente completa da via aérea, sem outras alterações até à árvore brônquica. Foi realizada intervenção cirúrgica por ORL, com punção e aspiração de conteúdo de consistência gelatinosa, límpido, e remoção da mucosa redundante, diagnosticando-se quisto da valécula.

Aos 10 meses encontra-se assintomático e com boa progressão ponderal.

Comentários: O estridor no lactente é um sinal de alarme, podendo estar associado a apneias por vezes não valorizadas, com repercussão no seu crescimento e desenvolvimento. Apesar da laringomalacia ser a causa em 70% do casos, é importante excluir outras malformações da via aérea que poderão necessitar de tratamento.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

Posters Obstetrícia e Ginecologia

CORPO ESTRANHO VAGINAL: UMA CAUSA INCOMUM DE VAGINITE EM IDADE PEDIÁTRICA

Ana Correia[1], Marta Machado[1], Ana Santos[1], Nuno Oliveira[1], Fátima Leitão[1], Mário Oliveira[1]
[1]CH Baixo Vouga

Introdução: Corrimento vaginal é o sintoma ginecológico mais comum em meninas pré-púberes e pode causar episódios clínicos repetidos. A vulvovaginite constitui a causa mais comum, podendo ter uma etiologia não específica, muitas vezes respondendo a medidas simples de higiene. No entanto, quando perante episódios recorrentes é necessário excluir outras causas, tais como infeção, anomalias congénitas, traumatismo ou condições dermatológicas. A sintomatologia é variável, podendo ser persistente ou recorrente, sob a forma de corrimento vaginal, eritema, dor, prurido, disúria ou sangramento.

Caso clínico: Menina, 5 anos de idade, saudável, trazida ao serviço de urgência por corrimento vaginal purulento com 2 meses de evolução, sendo sanguinolento nos últimos 3 dias, com agravamento à noite. Sem outras alterações nomeadamente urinárias e retais. Efetuou tratamento antimicótico e desparasitante, sem resolução do quadro, encontrando-se na altura da observação sob antibioterapia. Observação ginecológica revelou genitais externos hiperemiados e objetivada leucorreia amarelada. Ecografia abdominal revelou presença de imagem hiper-refletiva linear que desperta cone de sombra posterior, com aproximadamente 3,8x1 cm, podendo corresponder a corpo estranho. Realizada vaginoscopia sob anestesia geral com remoção de corpo estranho cilíndrico com cerca de 30x10mm da cavidade vaginal.

Conclusão: A presença de corpo estanho vaginal é responsável por cerca de 4% das vaginites em idade pediátrica, pode apresentar-se com diversos sintomas, sendo mais comum manifestar-se com corrimento inespecífico e sangramento vaginal intermitente. Deve ser considerada em paciente de qualquer idade apresentando corrimento vaginal persistente ou recorrente. Alto nível de suspeição e rigoroso protocolo de diagnóstico básico são os passos mais importantes para um diagnóstico atempado desta condição.

DISMENORREIA MEMBRANOSA: UMA RARA E DESCONHECIDA ENTIDADE

Raquel Maciel[1], Sofia Rodrigues[1], Gonçalo Inocêncio[1], Joaquim Saraiva[1], Manuela Montalvão[1], M. Céu Rodrigues[1]
[1] S. Ginecologia e de Obstetrícia, CH Porto

Introdução: A dismenorreia membranosa (DM) é uma subclassificação da dismenorreia, caracterizada pela associação da dor menstrual à eliminação vaginal de um produto elástico ou membranoso, com a forma da cavidade uterina. Apesar de não ser citada nos atuais livros de texto de Ginecologia, podem ser encontradas descrições clínicas desta entidade em publicações, especialmente dos anos 1950 e 1970. A associação clássica à exposição prolongada ou a doses elevadas de hormonas exógenas, nomeadamente anticoncecionais, nem sempre tem sido constatada. A apresentação e descrição de novos casos é importante não só para uma melhor compreensão do quadro clínico, como também para o correto estabelecimento do seu diagnóstico.

Caso clínico: 25 anos, caucasiana, saudável, G1P0, a fazer contraceção oral combinada, desde há vários anos, recorreu ao serviço de urgência (SU) de Ginecologia, após recorrência de expulsão pela vagina de um tecido membranoso, com forma semelhante à cavidade uterina. O primeiro episódio teria ocorrido 7 meses antes. O material expulso, enviado para exame anatomo-patológico, confirmou a sua origem endometrial, com reação decidual do estroma, exuberante.

Discussão: A DM é uma entidade clínico-patológica que tem sido pouco descrita pela comunidade científica. Epidemiologicamente não há dados da sua prevalência ou incidência. . O desconhecimento médico, devido à ausência de descrição desta entidade nos livros de texto atuais, contribui também para o seu subdiagnóstico. Na maioria dos casos descritos, esta entidade ocorreu na 2ª e 3ª décadas de vida; no entanto, recentemente foi publicado um caso de DM numa criança púbere de 10 anos. A razão da ocorrência deste destacamento do endométrio permanece desconhecida. A DM não parece estar associada a consequências negativas, a longo prazo, sendo um quadro com baixa recorrência e com bom prognóstico.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

GRAVIDEZ ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESARIANA ANTERIOR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jorge Santos Castro[1], Cátia Lourenço[1], Sandra Batista[1]
[1] S. Ginecologia/Obstetrícia, CH Vila Nova de Gaia/Espinho

Objetivo: Abordar, a partir de um caso clínico, as formas de diagnóstico e tratamento possíveis para estes casos. Revisão de literatura.

Material e métodos: Colheita de dados clínicos a partir do processo clínico da paciente.

Resultados: Apresenta-se um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, IIGIP (um parto por cesariana) que ocorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal e perda hemática ligeira, e já com suspeita de gestação ectópica em cicatriz de cesariana prévia. Foi confirmada a suspeita clínica com exames ecográficos, efetuado tratamento conservador com metotrexato (duas doses) e realizado seguimento até confirmação imagiológica e laboratorial de ausência de gravidez na cicatriz de cesariana.

Conclusão: Os principais objetivos da conduta nestes casos devem ser a prevenção de perdas hemáticas consideráveis e a conservação do útero para preservação de fertilidade e qualidade de vida da mulher. Os dados atuais sugerem que o tratamento expectante não é recomendado, sendo que o diagnóstico precoce oferece a possibilidade de tratamento, médico e/ou cirúrgico evitando situações como rotura uterina e hemorragia, preservando assim a fertilidade.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

A. Rocha[1], A. Mendes[1], T. Teixeira Silva[1], J. Saraiva[1], C. Rodrigues[1], M.C. Rodrigues[1]
[1]CH Porto

Introdução: A hérnia diafragmática congénita caracteriza-se por um defeito diafragmático com passagem de conteúdo abdominal para o tórax. É mais frequente à esquerda e ocorre de forma isolada em 50% dos casos. O diagnóstico é ecográfico, visualizando-se ansas intestinais, estômago ou fígado na cavidade torácica com desvio mediastínico contralateral. O prognóstico é variável, com uma taxa de mortalidade de cerca de 50%.

Caso clínico: BNFA, 28 anos, nulípara. Gestação vigiada noutra instituição, ecografia morfológica normal; sem intercorrências até às 30 semanas (S). Na ecografia de 3º trimestre (T), às 30 S, visualizaram-se ansas do intestino delgado parcialmente intratorácicas e ligeiro dextro desvio cardíaco, colocando-se hipótese de hérnia diafragmática esquerda. Apresentava biometrias no p 37, índice de líquido amniótico (ILA) normal, não se identificando outras alterações. Iniciou seguimento no serviço de Obstetrícia do CHP. Efetuou RM fetal (32S) que confirmou a presença de volumosa hérnia diafragmática esquerda, com ansas intestinais e estômago no hemitórax esquerdo. A ecocardiografia (34S) descreve coração no hemitórax direito, ápex à esquerda e ligeiro predomínio das câmaras direitas. Discussão do caso em equipe multidisciplinar com cirurgia pediátrica e neonatologia. Apesar das elevadas dimensões do conteúdo herniário, a sua instalação tardia, no 3ºT, permitiu inferir um prognóstico mais favorável. Realizou indução da maturação pulmonar fetal às 33S. Manteve controle ecográfico semanal, com biometrias no p20-30, ILA sempre normal e progressivo aumento do conteúdo herniário intra torácico. Cesariana eletiva às 37S, recém nascido (RN) do sexo feminino, 2670g, IApgar 8/9; intubação imediata. No 2º dia de vida, após estabilização, foi realizada correção cirúrgica da hérnia, descrevendo-se presença de estômago, todo o delgado, cólon ascendente e transverso e ainda de baço e dois baços acessórios intra torácicos. O RN manteve-se estável e teve alta no 43º dia de internamento.

Conclusões: A hérnia diafragmática congénita comporta elevados riscos, mas é passível de correção cirúrgica. No caso descrito, ao aparecer no 3º T, não condicionar hipoplasia pulmonar significativa e não ter associação com outras malformações, o prognóstico foi favorável, permitindo programar o parto e os cuidados neonatais com as várias especialidades intervenientes.

AGENESIA DA TRAQUEIA – CASO CLÍNICO

Pedro Vieira Enes[1], Ariana Gomes[1], Juliana Rocha[1], Pedro Brandão[1], Odete Figueiredo[1], Graça Rodrigues[1], Olímpia do Carmo[1]
[1] S. Ginecologia E Obstetrícia, U Padre Américo, Penafiel, CH Tâmega e Sousa

Introdução: Agenesia e atresia da traqueia são uma rara e fatal malformação. A prevalência é aproximadamente 1:50000. A traqueia pode estar completamente ausente (agenesia) ou pode existir parcialmente, mas consideravelmente deformada (atresia). Em geral, 52% dos casos estão associados a parto pré-termo e aproximadamente metade dos casos estão associados a hidramnios. Em 90 % dos casos estão presentes outras malformações congénitas, afetando mais frequentemente o sistema cardiovascular, gastro-intestinal e o trato genit-urinário.

Caso clínico: Descrevemos uma caso clínico de uma grávida com uma gestação de 31 sem + 6 d que deu entrada no SU por RPM. O recém-nascido do sexo masculino necessitou de cuidados de reanimação e intubação orofaríngea que se revelou tecnicamente impossível pelo que veio a falecer nas primeiras horas de vida. A autopsia do recém-nascido revelou agenesia/atresia da traqueia com fístulas brônquico-esofágicas, malformação cardíaca "minor", CIV perimembranosa e rim único em ferradura.

Discussão: A agenesia da traqueia é um raro fenómeno de desenvolvimento que é classicamente incompatível com a vida. Para identificar esta anomalia congénita é necessário um alto grau de suspeita. Os sintomas clínicos ocorrem imediatamente após o nascimento, caracterizando-se por uma incapacidade de ventilar espontaneamente e dificuldade/impossibilidade de intubação orofaríngea. A consulta de genética médica ao casal está indicada.

CISTOS DO CORDÃO UMBILICAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Alexandrina Mendes[1], Ana Paiva[1], Ana Rocha[1], Maria Céu Rodrigues[1], Luísa Ferreira[1]
[1]CH Porto

Caso clínico: Grávida de 36 anos, 2G1P, saudável. Na ecografia do 1º trimestre feita às 13 semanas apresentou uma translucência da nuca de 1.2mm e um risco combinado de trissomia 21 de 1: 3685. Na ecografia morfológica às 20 semanas foram detetados 3 cistos do cordão umbilical junto da inserção abdominal do feto com 38x27mm, 25x28mm e com 15x11mm, sem outras alterações morfológicas aparentes. Realizou ecocardiograma fetal, sem alterações aparentes. A grávida optou por não realizar amniocentese. Na ecografia de avaliação do crescimento fetal verificou-se que mantinha as 3 formações císticas anteriormente descritas, a maior com 51mm, com edema e aspeto sugestivo de hemorragia da parede do cordão. Fluxo presente nas 2 artérias e veia do cordão, a montante da zona de edema e potencial hemorragia.

Optou-se por realizar uma cesariana às 39 semanas que decorreu sem intercorrências. Recém-nascido do sexo feminino com 3230g e Índice de Apgar 5/9/9. Macroscopicamente visualizaram-se as 3 formações evidenciando marcado edema da geleia de Wharton e a anatomia patológica confirmou o diagnóstico de pseudocistos do cordão umbilical.

Discussão: Os cistos do cordão umbilical, apesar de raros, representam a segunda anomalia do cordão umbilical mais comum, tendo uma prevalência no primeiro trimestre de 0.4 a 3.4%. Há uma diferença no significado clínico e prognóstico entre cistos diagnosticados no primeiro trimestre e no segundo/terceiro trimestre. De acordo com a maioria dos casos publicados, os cistos diagnosticados no primeiro trimestre são habitualmente achados transitórios que não afetam o desfecho da gravidez. Quando há persistência dos cistos diagnosticados no primeiro trimestre parece haver uma maior associação com cromossomopatias.

Os cistos do cordão umbilical são geralmente classificados como cistos verdadeiros ou pseudocistos. Os cistos verdadeiros geralmente estão localizados na extremidade fetal do cordão umbilical e estão descritas associações com anomalias do trato gastrointestinal e do trato geniturinário (onfalocelo e uropatia obstrutiva). Os pseudocistos não possuem epitélio de revestimento, têm origem em edema focal da geleia de Wharton e são mais comuns que os cistos verdadeiros. O aparecimento de cistos do cordão umbilical levanta duas questões essenciais: qual o significado clínico deste achado e existirá associação com outras alterações estruturais? Deste modo, quando em presença de cistos do cordão umbilical é necessário proceder a uma ecografia morfológica detalhada.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

ESPAÇO JOVEM – UM CENTRO DE ATENDIMENTO A JOVENS

Bruna Vieira[1], Tânia Lima[1], Teresa Silva[1], Vânia Ferreira[1], Mónica Fernandes[1], Cidália Conde[1] Marcília Teixeira[1], Joana Lima Santos[1], Teresa Oliveira[1]
[1] U. Maternidade Júlio Dinis, CH Porto

Introdução e objetivo: O Espaço Jovem (EJ) é um centro de atendimento a jovens na área da sexualidade, existente na Maternidade Júlio Dinis, desde Março de 1994. Jovens de ambos os sexos até aos 25 anos podem recorrer ao EJ, que funciona diariamente em atendimento aberto. A consulta é gratuita, confidencial e desburocratizada, e conta com atendimento por um médico, enfermeiro e psicólogo. O objetivo deste trabalho é dar a conhecer a atividade e modo de funcionamento deste centro nos últimos 19 anos.

Material e métodos: Estudo retrospetivo das consultas efetuadas no EJ entre Março/1994 e Junho/2013. Foram analisadas as seguintes variáveis: número de consultas (primeiras/ segundas consultas), sexo e idade dos utentes, via de acesso e motivo de atendimento. Resultados: Ao longo dos últimos 19 anos efetuaram-se 67074 consultas, com um total de 16010 primeiras consultas. A consulta é procurada na sua maioria pelo género feminino (97,5%), sendo a faixa etária dos 19 aos 23 anos a mais representativa (63,7%). A via de acesso da generalidade dos jovens foram familiares e amigos – 75,1%. Os motivos que mais frequentemente levaram os jovens à consulta foram contraceção (49,0%), queixas ginecológicas (21,8%), esclarecimento de dúvidas/informação (15,7%) e rastreio de infeções sexualmente transmissíveis (5,9%).

Conclusões: A existência de uma consulta na área da sexualidade dirigida a adolescentes e jovens adultos constitui em si mesma uma mais-valia nesta faixa etária uma vez que permite o acesso a métodos contracetivos adequados e o esclarecimento de dúvidas/ mitos que persistem apesar de toda a informação disponível. A maioria dos jovens tem conhecimento desta consulta através dos familiares e pares, valorizando o atendimento, no entanto, qualquer profissional de saúde pode referenciar e informar sobre o EJ.

MALFORMAÇÃO ARNOLD CHIARI EM GRÁVIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

D. Melo Castro[1], A. Moreira[1], O. Moutinho[1]
[1]H Vila Real, CH Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: A malformação Arnold Chiari consiste numa malformação rara e congénita do Sistema Nervoso Central (SNC). Caracteriza-se pelo prolapso das estruturas da fossa posterior pelo buraco magnum. Pode estar associada com anomalias esqueléticas e disfunção neurológica. Dependendo das estruturas acometidas e da gravidade da malformação, ela classifica-se em quatro tipos. O tipo I consiste na herniação superior a 4mm das amígdalas cerebelares através do buraco magnum.

Caso clínico: Primigesta de 37 anos, referenciada para a consulta de Obstetrícia por cefaleias. Como antecedentes pessoais apresentava Malformação Arnold-Chiari tipo I diagnosticada 4 anos antes. Durante a gravidez verificou-se aumento da intensidade das cefaleias; sem outras intercorrências. Foi submetida a cesariana eletiva sob anestesia geral. O pós-parto decorreu sem complicações, nomeadamente sem sintomas relacionados com a malformação.

Conclusão: Apesar da malformação Arnold-Chiari ser rara, ela representa uma situação de morbilidade significativa, devido ao potencial risco de aumento da pressão intracraniana durante a gravidez e parto, com consequente herniação de estruturas cerebrais e compressão do tronco cerebral e da medula espinhal. Além disso, a literatura carece de informação sobre o tratamento dos sintomas relacionados com esta malformação durante a gravidez. Desta forma, é crucial a vigilância na gravidez e no parto, e neste último devemos ter especial atenção em minimizar os esforços expulsivos maternos (que poderiam aumentar a pressão intracraniana), assim como em selecionar a técnica anestésica.

CH TÂMEGA E SOUSA: MORTALIDADE PERINATAL – 2007 A 2012

Odete Figueiredo[1], Carla Carvalho Marinho[1], Olímpia Carmo[1], Graça Rodrigues[1]
[1]CH Tâmega e Sousa

Introdução: Mundialmente, a morte perinatal afeta entre 0,5 a 1% de todas as gestações. A causa mais frequente é a morte fetal inexplicada, seguida pelas mortes decorrentes de complicações respiratórias devidas à prematuridade. A taxa de mortes fetais tem vindo a diminuir nas últimas décadas graças aos avanços nos cuidados médicos. A mortalidade perinatal não é apenas um indicador na avaliação dos cuidados materno-fetais prestados, é também considerada um importante indicador de saúde de uma população em geral.

Objetivo: Revisão, análise e classificação das mortes no período neonatal alargado no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS).

Métodos: Efetuou-se a revisão, análise e classificação retrospetiva das mortes ocorridas no período neonatal alargado no CHTS de Janeiro 2007 a Dezembro 2012, tendo como base os processos clínicos, relatórios enviados para a DGS, relatórios anátomo-patológicos e estudos analíticos e genéticos realizados.

Resultados: A taxa de mortalidade perinatal média foi de 3,61‰ (n=64). A idade materna média foi de 27,3 anos. A grande maioria das mortes ocorreram in útero (n=58). Foi possível determinar a causa de morte em 93,8% dos casos (n=60). A principal causa foi a patologia placentária.

Comentários: A taxa de mortalidade no período perinatal alargado manteve-se estável entre 2007 e 2012. Realça-se a importância da revisão e análise dos casos ocorridos de forma a serem implementadas medidas de intervenção com o intuito de diminuir o nº de mortes evitáveis. Neste contexto a determinação da causa de morte é essencial.

TÍTULO: LACERAÇÕES PERINEAIS DO 3º E 4º GRAUS – ESTUDO RETROSPECTIVO

T. Teixeira da Silva[1], C. Paiva[1], D. Almeida[1], A. Lebre[1], T. Oliveira[1].
[1] S. Ginecologia e Obstetrícia, C H Porto

As lacerações do períneo após um parto vaginal são classificadas em primeiro, segundo, terceiro e quarto graus. As lacerações do 3º e 4º grau estão relacionadas com aumento da morbilidade materna. As lacerações do 3º grau atingem a pele, vagina, músculos perineais e esfíncter anal; as lacerações do 4º grau estendem-se à mucosa anal.

O objectivo deste estudo foi avaliar a percentagem de lacerações do 3º e 4º grau que ocorreram no nosso Hospital.

Material e métodos: Estudo rectrospectivo de lacerações perineais do 3º e 4º grau após um parto vaginal. Foi avaliada uma base de dados de 8389 mulheres com parto vaginal num Hospital terciário entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2012. Obteve-se um total de 64 mulheres com lacerações do 3º e 4º grau.

Resultados: Sessenta e quatro mulheres (0,76% do total dos partos vaginais) apresentaram uma laceração do 3º (n= 63) ou do 4º (n= 1) grau. Primiparidade, parto com ventosa ou fórceps e obesidade foram fatores de risco encontrados entre as mulheres que tiveram lacerações do 3º ou 4º graus. Nenhuma das 64 mulheres apresentou disfunção anal persistente até á data atual.

Conclusão: Apesar das lacerações do 3º e 4 graus serem pouco comuns, é de extrema importância a sua identificação, no sentido de prevenir disfunção anal permanente e incontinência anal.

SÍNDROME DE GREIG – CASO CLÍNICO

L. Raposo[1], H. Fachada[1], I. Cerveira[1], S. Paulo[1], S. Castedo[2], S. Pereira
[1]U. Medicina Fetal, Dep. Obstetrícia e Ginecologia, H São Teotónio, CH Tondela-Viseu
[2] GDPN - Genética Médica e Diagnóstico Pré-natal, Porto

Introdução: O Síndrome de Greig apresenta uma prevalência ao nascimento de 1-9/1 000 000 e resulta da perda de função do fator de transcrição do gene GLI3. Tipicamente é transmitido de modo autossómico dominante e associa-se a múltiplas malformações congénitas, sendo as mais frequentes o hipertelorismo, a macrocefalia com bossa frontal e a polissindactilia. Os autores descrevem um caso de Síndrome de Greig diagnosticado na Unidade de Medicina Fetal do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

Caso clínico: Grávida com 33 anos, G2P1A0 filho com fenda labiopalatina bilateral. Apresentava antecedentes patológicos pessoais e familiares de sindactilida dos 2º e 3º dedos de ambos os pés. O progenitor masculino era saudável e não tinha relação de consanguinidade com a gestante.

Às 12 semanas desta gestação, realizou o rastreio combinado do 1º trimestre, apresentando baixo risco para trissomia 21.

No segundo trimestre, foi diagnosticado no feto polissindactilia pós-axial na mão esquerda e polidactilia pré-axial em ambos os pés. O ecocardiograma fetal foi normal.

A amniocentese realizada às 21 semanas revelou cariótipo normal (46,XY) e deleção dos exões 11-13 do gene GLI3. A pesquisa no sangue periférico materno excluiu a transmissão hereditária, concluindo tratar-se de uma mutação de novo.

O feto apresentou no 3º trimestre um perímetro cefálico superior ao percentil 90. Ás 39 semanas de gestação foi realizada cesariana por incompatibilidade feto-pélvica. O recém-nascido apresentava 3635g de peso e Índice de Apgar 9/10/10. No período pós natal foram confirmadas as malformações congénitas diagnosticadas ecograficamente. Atualmente tem 2 meses de vida e crescimento e desenvolvimento normais.

O diagnóstico e aconselhamento pré-natal do Síndrome de Greig é difícil por ser extremamente raro e ter um espectro clínico variável.

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2013, vol XXII, n.º 3

ATRÉSIA INTESTINAL CONGÉNITA. IMPORTÂNCIA DE DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL POR ECOGRAFIA OBSTÉTRICA

Güneş Karakuş[1], Cristina Martins[1], Paula Barroso[1], Antonieta Melo[2], Miroslava Gonçalves[3], Lima Delgado[1], Alda Luís[1]
[1] S. Ginecologia e Obstetrícia, H Distrital de Santarém
[2]S. Ginecologia e Obstetrícia, H Santa Maria, CH Lisboa Norte
[3]S. Cirurgia Pediátrica, H Santa Maria, CH Lisboa Norte

Introdução: A atrésia intestinal constitui cerca de um terço dos casos de obstrução intestinal neonatal. A taxa de sobrevivência atinge os 90%. Uma maior mortalidade advém de atrésias múltiplas, proximais e na associação com peritonite meconial.

Caso clínico: Mulher de 38 anos, Gesta 2 Para 1 (parto eutócico em 2002, recém nascido do sexo masculino, 2440g, saudável), sem antecedentes clínicos relevantes, iniciou seguimento na nossa consulta de Gravidez de Alto Risco com uma gestação de 13 semanas e 4 dias. O rastreio combinado do 1º trimestre revelou risco reduzido para aneuploidias, optando o casal por não fazer estudo de cariótipo fetal. Realizaram-se ecografia morfológica e ecocardiografia fetal às 23 semanas, sem alterações. Às 32 semanas, a ecografia obstétrica evidenciou uma imagem quística no abdómen inferior cujo conteúdo era idêntico ao intestinal e a ressonância magnética fetal confirmou a lesão expansiva no abdómen inferior e na cavidade pélvica, sem características quísticas e de etiologia indeterminada. A grávida foi referenciada para o hospital de apoio perinatal, onde foi submetida a cesariana às 36 semanas e 1 dia. O recém nascido do sexo masculino, com peso de 3345g, índice de APGAR de 9/7/9, apresentava abdómen distendido e tenso. A radiografia abdominal revelou distensão significativa da parece abdominal e de ansa central do intestino delgado, com hipotransparência (densidade líquida) e sem evidência de pneumoperitoneu. O recém nascido foi submetido a laparotomia exploradora com 3 horas de vida, com recolha imediata de 700cc de líquido meconial. Constataram-se múltiplas aderências entre ansas, atrésia intestinal tipo I (a cerca de 40cm do ângulo de Treitz) com dilatação exuberante e múltiplas perfurações distais no topo proximal, numa extensão de 10-15cm. Procedeu-se a libertação de aderências, enterectomia perilesional e enterostomias em topos separados. Concretizou-se a anastomose jejunal termino-lateral aos 25 dias de vida. A criança encontra-se clinicamente estável, com tolerância parcial de nutrição entérica e planeamento da alta após terminar a antibioterapia.

Conclusões: A ecografia obstétrica é de extrema importância no diagnóstico de atrésia intestinal, permitindo a intervenção cirúrgica precoce neonatal em centro diferenciado, com diminuição da mortalidade associada.

APENDICITE AGUDA NA GRAVIDEZ – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jorge Santos Castro[1], Cátia Lourenço[1], Sandra Batista[1]
[1]S. Ginecologia e Obstetrícia, CH Vila Nova de Gaia/Espinho

Objetivo: Abordar, a partir de um caso clínico, a abordagem diagnóstica, diagnósticos diferenciais e o tratamento destes casos.

Material e métodos: Colheita de dados clínicos a partir do processo clínico da paciente. Revisão de literatura.

Resultados: Apresenta-se um caso clínico de uma paciente primigesta, com 33 semanas e 4 dias, que ocorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal com 6 horas de evolução e um episódio de vómito alimentar, sem diarreia ou febre. Apresentava abdómen doloroso à palpação na fossa ilíaca direita, sem defesa. Ecograficamente houve suspeita de apendicite aguda e o quadro laboratorial corroborou a suspeita. Foi submetida a cesariana segmentar transversal e apendicectomia no mesmo ato operatório, no próprio dia, sem intercorrências. A histologia confirmou o diagnóstico de apendicite aguda.

Conclusão: A apendicite aguda é a complicação cirúrgica mais frequente na grávida. O diagnóstico na mulher grávida é particularmente difícil pela elevada prevalência de desconforto abdominal ou existência de leucocitose. Adicionalmente, a mulher grávida apresenta menos frequentemente sintomatologia clássica desta patologia. O diagnóstico é histológico e a suspeita clínica deve ser corroborada por achados imagiológicos, também estes mais difíceis de obter na mulher grávida. O tratamento é cirúrgico e não deve ser adiado por mais de 24 horas pelo maior risco de perfuração e, devido a este, morte fetal.

GRAVIDEZ HETEROTÓPICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jorge Santos Castro[1], Cátia Lourenço[1], Sandra Batista[1]
[1]S. Ginecologia e Obstetrícia, CH Vila Nova de Gaia/Espinho

Objetivo: Abordar, a partir de um caso clínico, as formas de diagnóstico e tratamento possíveis para estes casos.

Material e métodos: Colheita de dados clínicos a partir do processo clínico da paciente. Revisão de literatura.

Resultados: Apresenta-se um caso clínico de uma paciente do sexo feminino que ocorreu ao Serviço de Urgência por dor hipogástrica de início súbito com 4 horas de evolução, associada a vómitos e hipersudorese, sem perda hemática via vaginal e com amenorreia de cerca de 8 semanas. Ecograficamente verificou-se gestação intra-uterina e imagem sugestiva de tumefação anexial. Foi submetida a laparotomia exploradora sendo a principal suspeita a de gestação tubária concomitante, confirmada a posteriori por exame histológico da peça de salpingectomia.

Conclusão: Os profissionais de Ginecologia/Obstetrícia devem estar sensibilizados para a possibilidade de existência de uma gravidez heterotópica. Esta pode ocorrer mesmo sem qualquer fator de risco conhecido, sendo que o diagnóstico precoce é fundamental para a viabilidade e o desfecho obstétrico favorável da gestação intra-uterina.