Vol. 23, Suplemento III, Novembro 2014

NASCER E CRESCER

Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto

Suplemento III
2014

XXVI Reunião de Pediatria do CMIN-CHP

Resumos das Comunicações

NASCER E CRESCER

Prémio Nascer e Crescer para o Melhor Artigo Original 2013

"Infecções associadas aos cuidados de saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: avaliação da eficácia das estratégias de prevenção implementadas"

Da autoria de:

Liliana Pinho
Joana Pinto
Ana Cristina Braga
Sónia Gouveia
Luísa Matos
José Pombeiro
Alexandra Almeida

Nascer e Crescer 2013; 22(4): 210-215

NASCER E CRESCER

Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto | Departamento de Ensino, Formação e Investigação
Ano | 2014 **Volume |** XXIII **Número |** Suplemento III

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.

Resumo das Comunicações

XXVI Reunião Anual de Pediatria CMIN – CHP
Nascer e Crescer
Porto, 28 e 29 de Novembro de 2014

Presidente da Reunião
Sollari Allegro

Comissão Organizadora
Ana Cristina Freitas
Ana Guedes
Ana Ramos
Conceição Mota
Isabel Guerra
João Nascimento
Paula Cristina Fernandes
Sílvia Alvares
Vasco Lavrador

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

Secretariado
ADEMI
www.ademi.pt

comunicações orais

CO-1
DOENÇA DE KAWASAKI – CASUÍSTICA DE 10 ANOS

Catarina Maia[1]; Ana Raquel Moreira[1]; Tânia Lopes[1]; Clara Vieira[1]; Sónia Carvalho[1]; Cecília Martins[1]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Ave E.P.E.

Introdução: A doença de Kawasaki (DK) é a cardiopatia adquirida na idade pediátrica mais frequente nos países desenvolvidos. O seu tratamento consiste na administração de imunoglobulina e ácido acetilsalicílico, sendo o prognóstico dependente do atingimento cardiovascular (CV). Este estudo teve como objetivos analisar as características epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e ecocardiográficas dos casos de DK internados num hospital distrital.

Metodologia: Estudo retrospetivo descritivo, baseado na análise dos processos clínicos dos doentes internados entre 2004 e 2014, com o diagnóstico de DK.

Resultados: Identificaram-se 7 casos de DK, 4 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 6 meses e os 6 anos. Constatou-se um pico de diagnósticos nos últimos 2 anos. O período de febre previamente ao diagnóstico variou entre 4 e 16 dias. Seis pacientes apresentavam critérios para DK clássica e uma latente de 7 meses cumpria critérios de DK incompleta. As alterações analíticas mais frequentes foram: anemia, leucocitose, trombocitose, PCR e VS aumentadas. Todos realizaram terapêutica com imunoglobulina e ácido acetilsalicílico. A evolução foi favorável na maioria das crianças, verificando-se um caso refratário ao tratamento inicial, com aparecimento de sintomas neurológicos e necessidade de terapêutica com metilprednisolona endovenosa. O ecocardiograma foi normal em todos os pacientes. O tempo de internamento variou entre 4 e 19 dias. Durante o período de seguimento não se identificaram complicações CV.

Conclusão: O diagnóstico de DK baseia-se em critérios bem definidos, sendo essencial o seu reconhecimento precoce. O tratamento adequado na fase aguda permite uma redução do risco de complicações cardíacas. Neste estudo o prognóstico foi bom em todas as crianças, uma vez que em nenhum caso se verificou a formação de aneurismas coronários.

CO-2
GONALGIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ONCOLOGIA

Isabel Serra Nunes[1]; Filipa Leite[2]; Catarina Sousa[2]; Cristiana Couto[2]; Tereza Oliva[2]; Armando Pinto[2]

[1] Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

[2] Instituto Português de Oncologia do Porto – Francisco Gentil, E.P.E.

Introdução: As queixas musculo-esqueléticas são frequentes em idade pediátrica e implicam muitas vezes recurso ao médico assistente ou ao serviço de urgência. A gonalgia pode, ocasionalmente, estar associada a patologia oncológica ou mesmo ser a sua primeira manifestação.

Neste trabalho são apresentados 4 casos clínicos cuja causa é do foro oncológico. Todos os casos apresentaram clínica inicial semelhante, no entanto com diferentes etiologias e, consequentemente, orientação e prognóstico díspares.

Casos clínicos: Caso 1: Adolescente de 12 anos de idade com gonalgia direita com 3 meses de evolução, sem outras queixas. Após investigação etiológica, concluiu tratar-se de Sarcoma de Ewing da tíbia direita sem evidência de doença metastática. Realizou quimioterapia e excisão cirúrgica (com reconstrução com enxerto vascularizado), conforme protocolo EURO-EWING 99 até Agosto de 2014. Atualmente já deambula, com apoio.

Caso 2: Adolescente de 11 anos com queixas de gonalgia à esquerda com 11 meses de evolução, desencadeada por traumatismo. Diagnosticado como Linfoma difuso de células B do joelho esquerdo, após realização de exames imagiológicos e artroscopia. Atualmente, cumpre quimioterapia segundo o protocolo LMB 2001, desde Abril de 2014.

Caso 3: Adolescente de 17 anos de idade com queixas de dificuldade na mobilidade progressiva com 5 meses de evolução. O estudo realizado revelou Osteossarcoma de superfície no fémur direito, pelo que iniciou tratamento de acordo com o protocolo EURAMOS 2004 em fevereiro de 2014, que ainda cumpre atualmente.

Caso 4: Adolescente de 16 anos com gonalgia e incapacidade funcional direitas com duração de 3 meses, cuja investigação revelou tratar-se de Linfoma Anaplásico ALK+, estadio IA, extraganglionar. Realizou quimioterapia segundo o protocolo ALCL 99, que terminou em Maio de 2011. Atualmente, apenas em vigilância clínica.

Discussão: A gonalgia é manifestação de uma variedade enorme de patologias que incluem alterações ortopédicas ou patologia tumoral benigna ou maligna. A doença oncológica maligna é rara em pediatria. No entanto, quando presente as queixas iniciais são geralmente inespecíficas e o diagnóstico pode ser difícil. Este trabalho visa sublinhar a importância de uma avaliação clínica completa e da necessidade de colocar como hipótese a patologia oncológica quando as queixas se prolongam, são resistentes à terapêutica e a investigação não é esclarecedora.

CO-3
PERTURBAÇÕES PAROXÍSTICAS DO MOVIMENTO NUMA FAMÍLIA

Margarida Reis Morais[1]; Catarina Magalhães[1]; Cristina Garrido[1]; Teresa Temudo[1]
[1] Serviço de Neuropediatria, Centro Hospitalar do Porto

A síndrome de défice de transportador de glicose tipo 1 (GLUT1DS) compromete o transporte de glicose através da barreira hemato-encefálica. Classicamente, a apresentação clínica inclui encefalopatia epilética de início precoce e habitualmente refratária aos antiepiléticos, atraso do desenvolvimento, microcefalia adquirida, hipotonia, espasticidade e doença do movimento. O diagnóstico, baseado na presença de hipoglicorráquia, é confirmado através do estudo do gene SLC2A1. Apresenta-se o caso de uma criança, com atraso de desenvolvimento sobretudo na área da linguagem, que aos 2 anos iniciou episódios intermitentes de ataxia com cerca de 2 horas de duração, com perda de força nos membros inferiores e hipotonia, sem perda de consciência. Não havia noção de relação com alimentação ou jejum, exercício, intercorrências infeciosas ou ingestões medicamentosas. Sem perda de aquisições ou história de epilepsia. A mãe, seguida em consulta de Neurologia, apresenta quadro de distonia generalizada induzida pelo esforço, ainda de etiologia desconhecida.

Atualmente, com 3 anos de idade, apresenta um atraso da linguagem com QI global de 83, com maior atingimento da área da linguagem, é normocefálica e tem uma marcha com algum desequilíbrio. Do estudo realizado destaca-se a presença de hipoglicorráquia com uma relação de glicose LCR:soro de 45%, um forte indício de GLUT1DS. A sequenciação do gene SLC2A1 permitiu identificar a mutação c.971C>T (p.Ser324Leuc) em heterozigotia, confirmando o diagnóstico. O estudo genético da mãe está em curso.

Pela dificuldade em cumprir a dieta cetogénica proposta como terapêutica de primeira linha foi iniciada acetazolamida há 4 meses, não tendo surgido até ao momento novos episódios. Com a descrição deste caso os autores pretendem salientar o recente alargamento do espectro clínico desta doença metabólica, incluindo formas com predomínio de doença do movimento (discinésia paroxística, ataxia intermitente, distonia). Habitualmente considerada uma doença da idade pediátrica, adultos com discinésia paroxística induzida pelo exercício sem etiologia conhecida poderão ter na sua base este diagnóstico, um importante dado da história familiar.

CO-4
ARTRITE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) EM CRIANÇAS COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) – NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA E EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

João Nascimento[1]; Carla Zilhão[1]; Asdrúbal Pinto[2]; Carlos Miranda[2]; Carlos Monteiro[2]; Margarida Guedes[1]
[1] Unidade Reumatologia Pediátrica do Centro Hospitalar do Porto
[2] Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A artrite da ATM pode ocorrer em 80% das crianças com AIJ e está descrita em todos os subtipos da doença. O envolvimento da ATM na AIJ pode ocorrer em qualquer altura, estando descrito o seu início precoce, podendo muitas vezes ser assintomático e permanecer em doentes a quem a terapêutica sistémica foi optimizada e que tiveram resolução clínica da artrite noutras articulações.

Objetivos: Avaliação da artrite da ATM na AIJ e apresentação das normas de orientação clínica adotadas no Centro Hospitalar do Porto

Métodos: Selecção e apresentação de 10 doentes com AIJ e envolvimento da ATM, em seguimento na unidade de reumatologia pediátrica do CHP, e avaliação do protocolo de abordagem.

O protocolo estabelece uma observação precoce por cirurgia maxilo-facial (CMF) e o rastreio anual ecográfico de alta resolução com ou sem ortopantomografia a todos os doentes com AIJ poliarticular. Na presença de sintomas, em qualquer subtipo de AIJ ou na presença de alterações na ecografia, preconiza-se a realização de uma ressonância magnética (RMN) com contraste.

A injecção intra-articular de hexacetonido de triancinolona está recomendada nos doentes com dor da ATM (EVA ≥ *5)*; crepitação; distância interincisivos (*MIO*) *<37,8mm (<8anos) / < 40,6mm (≥8anos);* desvio mandibular na abertura da boca; micrognatismo; e quando a RMN apresenta as seguintes alterações: Pannus; Edema de medula óssea; deformidade do disco; aplanamento dos côndilos; erosões ósseas; osteófitos.

Resultados:

	Idade atual	Idade dx AIJ	Tratamento da AIJ	Idade dx Artrite ATM	Envolvimento ATM	Abordagem Artrite ATM
Caso 1 (♀) AIJ poli FR (-)	15	12,5	MTX Etanercept	13	Dor (EVA=8); MIO= 32-37mm RMN: Efusão sinovial bilateral; aplanamento dos côndilos; deformidade do disco	Hexacetonido triancinolona
Caso 2 (♀) AIJ Psoriatic	11	7	MTX Etanercept	9	Dor (EVA=6); Micrognatia Má oclusão / mordida cruzada (classe 2). RMN: efusão sinovial bilateral / TAC: aplanamento côndilos.	Tratamento ortodôntico RMN antes Hexacetonido triancinolona
Caso 3 (♀) AIJ poli FR (-)	14	12,5	MTX Etanercept	13	Dor (EVA=3); Ecografia: limitação excursão côndilo esquerdo.	RMN
Caso 4 (♀) AIJ oligo ext	14	12	MTX	13	MIO 25mm; Dor (EVA = 6)	RMN
Caso 5 (♂) AIJ Psoriatic	12	11,5	MTX Etanercept	12	MIO 30mm	CMF RMN
Caso 6 (♀) AIJ poli FR (-)	17,5	11	MTX Etanercept Tocilizumab	17	MIO 35-38mm; crepitação RMN: edema medula óssea; aplanamento côndilos; osteófitos	Tratamento ortodôntico Hexacetonido triancinolona
Caso 7 (♀) AIJ poli FR (-)	17,5	17	MTX	17,5	Micrognatia; Má colusão / mordida aberta	CMF RMN
Caso 8 (♂) AIJ entesite	14	11,5	Sulfassalazina	13,5	MIO 40mm	RMN
Caso 9 (♀) AIJ entesite	13	10,5	MTX Sulfassalazina Acunpuntura	12,5	Dor (EVA=5) RMN: sem alterações	Tratamento ortodôntico
Caso 10 (♂) AIJ entesite	11	7	MTX Etanercept	10	Dor (EVA=3)	CMF Ecografia

Conclusões: O principal objetivo deste protocolo multidisciplinar é garantir uma avaliação precoce da ATM e garantir um tratamento atempado que possa evitar as consequências graves que podem desenvolver-se mesmo na ausência de sintomas.

A ecografia de alta resolução é uma técnica não invasiva, bem tolerada pelos doentes com AIJ e que cada vez mais é utilizada no serviço de cirurgia maxilo-facial no rastreio do envolvimento da ATM. A tomografia axial computorizada (TAC) pode complementar a ortopantomografia na definição das alterações ósseas.

O risco para a ATM da injecção intra-articular com corticosteróides poderá conduzir no futuro a uma diferente opção terapêutica (infliximab).

CO-5
TRANSPLANTAÇÃO RENAL EM IDADE PEDIÁTRICA – EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

João Nascimento[1]; Catarina Mendes[1]; Liliana Oliveira[2]; Teresa Costa[2]; Maria Sameiro Faria[2]; Paula Matos[2]; Conceição Mota[2,3]; A Castro Henriques[3]

[1] Serviço de Pediatria Médica do Centro Hospitalar do Porto
[2] Serviço de Nefrologia Pediátrica do Centro Hospitalar do Porto
[3] Serviço de Nefrologia / Unidade de Transplante Renal do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O transplante representa a terapêutica de substituição renal de eleição conferindo aos doentes com insuficiência renal crónica terminal (IRCT) em idade pediátrica, benefícios consideráveis que incluem uma melhoria do crescimento e uma mais longa e melhor qualidade de vida. Objetivo: Estudo retrospetivo sobre a experiência em transplantação renal (TR) em idade pediátrica (<18 anos) do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

Métodos: Análise estatística dos dados epidemiológicos e clínicos dos doentes transplantados em idade pediátrica desde Janeiro de 1984 a Agosto de 2014.

Calculou-se a sobrevida do enxerto renal não censurada para a morte e a sobrevida do doente no total da amostra. Apreciou-se a evolução temporal da atividade de transplantação analisando as curvas de sobrevida do enxerto por décadas. Foi comparada a sobrevida do enxerto nas crianças vs nos adolescentes (< 11 e ≥ 11 anos à data do TR). A sobrevida foi analisada pelo método de Kaplan-Meier e a comparação entre os grupos pelo Log rank test.

Resultados: Foram efetuados 147 TR em 139 doentes (58.3% ♂). Dez (6.8%) TR foram de dador vivo. As anomalias congénitas do rim e trato urinário (CAKUT) representaram 56.5% dos casos de IRCT nesta população. A idade mediana dos doentes no momento da cirurgia foi de 13 anos (mín 2.8 anos e máx 17.9 anos). A idade mediana dos dadores idade mediana dos dadores foi de 17 anos (mín 1.5anos e máx 58 anos). O tempo médio de internamento após TR foi de 17 dias, tendo o tempo médio de seguimento sido de 9.7 anos. A sobrevida do enxerto não censurada aos 5, 10, 15 e 20 anos foi respectivamente 84.7%, 71.1%, 60.0% e 51%. A sobrevida do doente aos 5, 10, 15 e 20 anos foi respectivamente 97.9%, 95.9%, 94.7% e 94.7%. O tempo de sobrevida do enxerto não foi significativamente diferente nas crianças e nos adolescentes à data do TR (p=0.697). A diferença de sobrevida do enxerto renal por décadas foi estatisticamente significativa (p=0.004).

Conclusão: Os resultados do TR são encorajadores e comparáveis a outros centros de referência, tendo-se verificado uma melhoria da sobrevida ao longo das décadas.

CO-6
TUBERCULOSE NA CRIANÇA – DOIS CASOS POUCO COMUNS

Clara Preto[1]; Joana Vicente[2]; Rita Magano[3]; Mário Quade[4]; Fatumata Diallo[4]; Alice Ferreira[4]

[1] Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro
[2] ULS do Nordeste, Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros
[3] Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
[4] Hospital Geral de Cumura, Guiné-Bissau

A tuberculose (TB) é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Apesar do preferencial atingimento pulmonar, em um 1/3 dos casos estão implicadas outras localizações.

Apresentamos dois casos de TB extra-pulmonar devido à sua baixa incidência e necessidade de alto índice de suspeita diagnóstica.

Criança de 6 anos de idade, sexo feminino, recorreu ao Hospital de Cumura (Guiné-Bissau) por tumefação dolorosa na coluna dorsal, com limitação funcional e tempo de evolução indeterminado. Apresentava cifose dorsal e fístula com drenagem de exsudado purulento na região lombar direita. Perante o quadro clínico iniciou de imediato tuberculostáticos.

Radiografia torácica sem alterações. Radiografia da coluna com destruição dos corpos vertebrais de D11 e D12 e cifoescoliose dorso-lombar dextro convexa. Feita análise de exsudado – PCR positiva para M. tuberculosis complex, isolamento em cultura da espécie M.africanum. Evolução favorável, mantendo contudo a cifoescoliose.

Criança de 10 anos, sexo masculino, recorreu ao Hospital de Cumura por aumento do volume abdominal, tosse e febre com um mês de evolução. Noção de perda ponderal com evolução de 3 meses. História de contacto com familiar com TB pulmonar. Ao exame objetivo: febril (40,5ºC), murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, abdómen globoso com sinal de onda líquida. Radiografia pulmonar com imagem de hipotransparência nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Iniciou, de imediato, tratamento com tuberculostáticos, antibioterapia e corticoterapia. Análise do liquido ascítico – ADA 157 U/L,

PCR e cultura negativas para M. tuberculosis. Resolução progressiva do quadro. Após 6 meses de tratamento apresenta exame objetivo e radiografia pulmonar normal.

A TB óssea e peritoneal são duas formas raras de apresentação de TB correspondendo, respetivamente, a 10 e 30% da doença extra pulmonar. O diagnóstico deve basear-se num alto índice de suspeição clínica e no contexto epidemiológico, sendo que a sua precocidade permite reduzir os índices de morbimortalidade. Os exames auxiliares são importantes para a confirmação do diagnóstico, no entanto a obtenção do resultado não é determinante para o início do tratamento.

Nos casos descritos o diagnóstico presuntivo e decisão de tratamento precoce basearam-se na epidemiologia da TB na Guiné-Bissau, no entanto, mesmo nos países desenvolvidos, é necessário ter presente este diagnóstico, principalmente perante imigrantes de países endémicos.

CO-7
A LUTA CONTRA A DESNUTRIÇÃO NUM PAÍS EM DESENVOLVIMENTO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Clara Preto[1,2]; Milamedinar Vaz[3]; Alice Ferreira[3]
[1] Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
[2] UNICEF
[3] Hospital Geral de Cumura, Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau (GB) é um dos países mais pobres do mundo, encontrando-se, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano, em 176º lugar num total de 185 países. O contexto económico do país, as sucessivas crises políticas e militares desde 1998 e a insegurança alimentar contribuiram para uma situação nutricional complexa. Na GB 27,4% das crianças, menores de 5 anos, sofrem de desnutrição crónica, 6,5% de desnutrição aguda e 17,5% de insuficiência ponderal, situação considerada como precária pela OMS.

Dado o contexto do país, a UNICEF decidiu, em colaboração com o Ministério da Saúde, rever o Protocolo Nacional de Desnutrição Aguda Grave (DAG) de 2007, que não havia sido aplicado no país, e implementá-lo a nível Nacional. Após revisão e validação do Protocolo, procedeu-se à elaboração de manuais adaptados para os Profissionais de Saúde e para Agentes de Saúde Comunitária, bem como de cartazes resumo. Foi criado um Centro Modelo de Formação e Implementação do Novo Protocolo Nacional de DAG num dos Hospitais da GB com mais experiência no tratamento de desnutrição. Todos os profissionais desse Hospital receberam Formação Teórica e Prática intensiva sobre DAG, sendo feita uma triagem dos formados para a seleção de formadores. O Centro Modelo foi dotado de um polo de formação teórica e de um Centro de Recuperação e Educação Nutricional em Ambulatório para Desnutrição Grave (CRENAG) e um em internamento (CRENI) devidamente preparados para receberem formandos. Iniciou-se o projeto pelas 4 áreas sanitárias com maior prevalência de Desnutrição Aguda no país, escolhendo algumas das suas Instituições de Saúde, tendo em conta as necessidades locais e condições existentes, para integrarem CRENAGs ou CRENIs. Essas Instituições foram dotadas dos materiais necessários respetivos para o funcionamento dos Centros. O Centro Modelo de Formação iniciou atividades em Dezembro de 2013 e formou até Maio de 2014, 62 Agentes de Saúde Comunitária e 125 Profissionais de Saúde das 4 áreas sanitárias referidas. Neste momento estão em funcionamento 12 CRENAGs e 8 CRENIs e estão em curso atividades de rastreio ativo e prevenção primária nessas regiões sanitárias.

Os autores pretendem alertar para a existência de realidades nutricionais muito diferentes da do nosso país e, como membros coordenadores do projeto, mostrar a estratégia de implementação de um programa de luta contra a desnutrição aguda num país em desenvolvimento, com todos os desafios e dificuldades que lhe estão inerentes.

CO-8
FIBRONOLÍTICOS NO TRATAMENTO DE DERRAMES PLEURAIS PARAPNEUMÓNICOS

Margarida Coelho[1]; Ana Coelho[1]; Vasco Lavrador[1]; Joana Pereira[1]; Lurdes Morais[1]; Fátima Carvalho[1]
[1] Departamento de Infância e Adolescência do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O tratamento do derrame pleural parapneumónico (DPP) permanece controverso. A instilação intrapleural de fibrinolítico tem demonstrado resultados equivalentes ao tratamento cirúrgico. Este estudo avalia a aplicação de fibrinolíticos no tratamento de DPP dos doentes pediátricos internados no Centro Hospitalar do Porto ao longo de 8 anos.

Métodos: Revisão retrospectiva dos doentes com diagnóstico de DPP submetidos a colocação de dreno torácico e instilação de fibrinolítico intrapleural (alteplase na dose 0,1 mg/kg/dia , 24/24h, durante 3 dias consecutivos), entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2013 (n=37). Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos.

Resultados: A população observada apresentava uma idade média de 5.8 anos (± 4.7), sendo 59,5% do sexo feminino. Verifica-se um pico da percentagem de casos em relação ao total de internamentos pediátricos em 2009 (2,0%) e um segundo em 2011 (0.79%). Em média, a apirexia foi atingida ao 7º dia de internamento (± 6.2 dias). Do total de casos, 18 foram transferidos de outro hospital, após uma duração média de internamento de 2.83 dias. A população estudada apresenta uma média de duração de internamento 16,97 dias (± 7.60), com duração média de antibioterapia endovenosa de 17.97 dias. Em 37 doentes, apenas 1 (2,7%) foi reinternado com necessidade de intervenção cirúrgica, não se tendo registado nenhuma complicação major relacionada com o fibrinolítico. Apenas em um caso houve necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos. A colocação do dreno torácico, de acordo com o protocolado, foi efectuada nas primeiras 48h de admissão em 89,2% dos casos e o início de instilação do fibrinolítico decorreu em 78,4% dos casos nas primeiras 48h após a colocação de dreno. O tempo médio de drenagem foram 6.08 dias (3 a 16 dias).

Discussão de resultados: A taxa de falência de tratamento neste estudo foi de 2,7%, um valor inferior ao descrito na literatura - em três estudos publicados, que comparam a instilação de fibrinolítico com a videotoracoscopia, no tratamento de DPP, a taxa de falência é de aproximadamente 16% (15.7 a 16.6%).

Conclusão: A aplicação de fibrinolíticos no tratamento de derrames pleurais é uma opção de tratamento eficaz e com baixa taxa de complicações ou morbilidade, devendo consistir numa estratégia precoce de abordagem desta patologia para optimização dos seus resultados.

CO-9
INFEÇÃO NEONATAL PRECOCE: UMA REALIDADE

Ekaterina Popik[1]; Alexandra Almeida[1]
[1] Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Departamento de Infância e Adolescência, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução (e objetivos): Apesar da melhoria dos cuidados perinatais e do cuidado colocado na prevenção, a infeção bacteriana neonatal precoce (manifestada nas primeiras 72 horas de vida) é ainda uma importante causa de morbimortalidade neonatal.

Estudar as infecções neonatais precoces (INP) nos recém-nascidos (RN) nascidos na Maternidade Júlio Dinis (MJD) entre 01/01/13 e 30/06/14. Analisar riscos infeciosos maternos predisponentes. Avaliar agentes etiológicos, sua sensibilidade aos antibióticos e adequação da terapêutica antibiótica pós-natal.

Metodologia: Estudo retrospetivo dos processos clínicos dos RN que tiveram diagnóstico de sépsis, meningite ou pneumonia no período referido.

Resultados: Diagnosticou-se INP em 97 RN internados na MJD. Destes, excluíram-se 3 por ausência de dados necessários para o estudo e 3 por terem nascido noutras instituições. A incidência de INP foi de 2.1%, sendo 21% em RN com idade gestacional (IG) <37 semanas. Diagnosticou-se sépsis em 89% dos casos (incidência de 19‰ NV), pneumonia em 11%, detetando-se 1 caso de meningite. Em relação ao risco infecioso materno, detetou-se corioamnionite em 21%, trabalho de parto pretermo espontâneo em 13%, risco para infeção por SGB em 7% e outros riscos em 25%. Verificou-se rotura prolongada de membranas em 35% dos RN e 57% das mães fizeram pelo menos uma dose de antibiótico antes do nascimento. Realizou-se histologia da placenta em 58%, sendo esta compatível com infeção em 77%. Cerca de 1/3 dos RN manteve-se assintomático, tratado por alterações analíticas detetadas em contexto de risco. Obteve-se isolamento de agente em 13%, todos casos de sépsis (incidência 2.8‰ RN), sendo o agente mais frequente E. coli (7 casos, todos sensíveis à gentamicina e 4 à ampicilina), seguido por SGB (4 casos, todos sensíveis à penicilina). Todos os RN tiveram como tratamento inicial ampicilina e gentamicina. Verificou-se óbito em 5.5% dos RN (25% com agente identificado), todos com IG <30 semanas, sendo isolada E.coli em 3 dos 5 RN.

Conclusão: A incidência de sépsis encontrada foi muito elevada, mesmo tendo em conta apenas as sépsis com agente identificado (3 vezes o valor da literatura). No entanto, a sua mortalidade é sobreponível ao que se verifica na literatura. Como previsto, com a profilaxia para o SGB, a E.coli passou a ser o agente mais prevalente. Provavelmente estaremos a sobrevalorizar diagnósticos de sépsis. Por outro lado, o facto de grande parte das mães fazerem antibioterapia prenatal, dificulta o isolamento de agente.

CO-10
UMA DOENÇA RARA COM APRESENTAÇÃO COMUM

Sara Dias Leite[1]; Cristiana Martins[1]; Vânia Martins[1]; Susana Sousa[1]; Catarina Sousa Macedo[2]
[1] Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
[2] Instituto Português de Oncologia do Porto

Adolescente, sexo feminino, 17 anos, com antecedentes de escoliose corrigida cirurgicamente em 2009 e 3 pneumonias (uma das quais com necessidade de internamento e a última no mês precedente). Recorreu ao SU por febre com uma semana de evolução, toracalgia, dispneia, astenia e anorexia persistentes desde o último episódio de pneumonia. Apresentava sinais de dificuldade respiratória e diminuição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax esquerdo. Realizou radiografia de tórax com imagem de hipotransparência homogénea em todo o campo pleuro-pulmonar esquerdo (sobreponível ao anterior), avaliação analítica com aumento dos marcadores inflamatórios e TC-tórax com consolidação da totalidade do lobo superior do pulmão esquerdo. Perante a evolução clinico-imagiológica foi realizada broncofibroscopia onde se visualizou obstrução total da entrada do BLSE por lesão com mucosa irregular, friável, com neovascularização na parede brônquica adjacente; lavado, escovado e aspirado brônquicos com citologia negativa para células malignas.

Foi transferida para o IPO-Porto, sendo o diagnóstico preliminar de tumor carcinoide pulmonar típico com realização de pneumectomia esquerda total e esvaziamento mediastínico. O tumor carcinoide é a neoplasia endobrônquica mais comum em pediatria e representa uma causa rara de obstrução das vias aéreas. O diagnóstico precoce é de extrema importância, permitindo o tratamento imediato e melhor prognóstico, no entanto, este surge como um grande desafio pela sua raridade e apresentação atípica, confundindo-se, frequentemente, com condições benignas.

Este caso pretende alertar para a consideração diagnóstica de tumor oculto em crianças com pneumonia recorrente ou sintomas respiratórios persistentes.

CO-11
COMO DORMEM AS NOSSAS CRIANÇAS?

Eduarda Rocha[1]; Nádia Correia[2]; Andrea Rodrigues[1]; Benedita Aguiar[3]; Lúcia Gomes[3]; Miguel Costa[3]

[1] USF Egas Moniz, ACES Entre o Douro e Vouga I

[2] USF Famílias, ACES Entre o Douro e Vouga I

[3] Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga

Introdução: O sono, processo fisiológico complexo, é essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança. Os hábitos de sono criam-se e modificam-se com a idade, sendo influenciados por fatores internos, socioeconómicos e culturais. As perturbações do sono são frequentes na criança, contudo, a sua identificação é tardia, ocorrendo geralmente quando as consequências na criança e/ou família se fazem sentir de forma significativa. Constitui objetivo deste trabalho caracterizar os hábitos e perturbações do sono em crianças dos dois aos dez anos de idade, residentes na área de influência do CHEDV.

Metodologia: Estudo transversal descritivo com componente analítica, baseado na análise dos resultados do inquérito Children's Sleep Habits Questionnaire, validado para a população pediátrica portuguesa dos 2 aos 10 anos. Utilizou-se uma amostra de conveniência (crianças frequentadoras do Ambulatório de Pediatria-CHEDV). As variáveis definidas foram: género; idade; IMC; Pontuação do questionário referido. Dados analisados com o programa SPSS-versão 21.0.

Resultados: Obtiveram-se 203 questionários (excluídos 14 por mau preenchimento), 50,25% do sexo feminino, com uma idade média de 71,26±32,28 meses. Apresentavam baixo peso 1,97% das crianças, peso normal 67,98%, excesso de peso 15,76% e obesidade 14,29%. A média do score total foi de 50,06±7,60. As subescalas com pontuações mais elevadas (maior frequência da perturbação) foram "Perturbação respiratória do sono" e "Duração do sono". As subescalas "Início do sono" e "Ansiedade associada ao sono" registaram menores pontuações. As crianças dos 2 aos 4 anos e 11 meses apresentaram pontuações elevadas, com significado estatístico, nas subescalas "Resistência em ir para a cama", "Despertares noturnos" e "Parassónias". Não existe diferença estatisticamente significativa entre pontuação e IMC/género.

Conclusão: Nesta população, as perturbações do sono foram referidas numa percentagem reduzida, particularmente associadas aos distúrbios respiratórios e à duração do sono. As crianças com idade inferior a 5 anos registaram valores de pontuação mais elevados. Apesar da média das pontuações em cada subescala não ultrapassarem o respetivo valor médio admitido, os hábitos incorretos são ainda muito frequentes na nossa população. A maioria dos pais desconhece a importância do ensino de rotinas adequadas. O médico, aquando da vigilância infantil, deve exercer um papel ativo e precoce, assumindo o tema como motivo de preocupação.

CO-12
SESTA EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR NOS INFANTÁRIOS NÃO PÚBLICOS DA REGIÃO DE COIMBRA

Muriel Ferreira[1,3]; Inês Dias[2,3]; Lívia Fernandes[3]; Núria Madureira[1]

[1] Laboratório do Sono, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

[2] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

[3] Pediatria, Centro de Saúde São Martinho do Bispo

Introdução: A sesta desempenha um papel importante no desenvolvimento cognitivo das crianças pré-escolares, dependendo a idade em que deixam de dormir de factores individuais e ambientais. Estudos populacionais mostram que dormem sesta 50% das crianças de 3 anos (A), 26% de 4A e 15% de 5A. Actualmente, a regra nos infantários públicos é não dormir sesta a partir dos 3A. Este estudo pretende caracterizar os hábitos de sesta de crianças entre 3 e 5A em infantários IPSS (IIPSS) e privados (IP) da região de Coimbra.

Metodologia: Foram aplicados questionários às educadoras de cada sala dos IIPSS e IP de Coimbra. Analisaram-se os dados em SPSS.

Resultados: Obtivemos 65 questionários de 31 infantários (24 IIPSS, 7 IP), correspondendo a 1361 crianças. Destas, 68,6% dormiam sesta (IIPSS 65,2%, IP 78,1%, p=0.290). Nos infantários com salas por idades, 100% das crianças de 3A, 73,5% de 4A e 42,3% de 5A dormiam sesta. Nos que têm salas mistas, dormiam sesta 61,1% das crianças. Nos motivos para deixar de dormir, todos referiam a preparação para o 1º ciclo, 48,4% o pedido dos pais e 29% a decisão da educadora. Dois infantários referiram respeitar as necessidades individuais. Foram analisadas outras características da sesta, destacando-se: duração média-1,8 h; 59% dormiam em sala comum; 46,7% dormiam na obscuridade.

Conclusão: Cerca de 68% das crianças dos IIPSS e IP de Coimbra dormem sesta. Nestes estabelecimentos, parece respeitar-se a necessidade da sesta, ao contrário do que é regra nos infantários públicos. Prevalecem, no entanto, como determinantes para a sesta, as regras do infantário. Dada a importância da sesta em idade pré-escolar, a necessidade de sono diurno de cada criança deve ser respeitada.

CO-13
PLATAFORMA INFORMATIVA ONLINE: A SOLUÇÃO PARA UM PROBLEMA

Lopes-Santos J[1]; Catarina Sousa[1]; Ana Ribeiro-Coelho[1]; Ferreira-Sousa JA[1]; Costa-Carvalho F[1]
[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Departamento da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A prestação de atividade assistencial em diversos espaços físicos pelo mesmo serviço torna difícil a comunicação regular entre os seus profissionais. Logo, é fundamental a disponibilização de toda a informação num local central, de uma forma atualizada e acessível aos seus elementos. Os "papeis afixados" nos gabinetes têm vindo a ser substituídos progressivamente por meios electrónicos universalmente utilizados, como o e-mail, e as "intranets" em algumas unidades hospitalares. No entanto, ainda não foi descrito na literatura o uso de uma solução informática já adotada por cerca de 60 milhões de sites, designada por Wordpress, parte do movimento da web 2.0, para disponibilização online de informações, a utilizadores autenticados, no contexto de serviços de saúde.

Metodologia: Para disponibilização de conteúdos informativos aos seus profissionais, um Serviço de Cirurgia Pediátrica desenvolveu uma plataforma informativa no domínio cirurgiapediatrica.org, sendo atualmente destinada a Médicos, Enfermeiros e Administrativos. O acesso efetua-se por nome de utilizador e senha individuais, sendo a informação disponibilizada de forma diferenciada, consoante os grupos definidos. Foram implementadas definições de segurança, de forma a evitar acessos indevidos e utilizações abusivas. Todos os protocolos de serviço, listagem de profissionais, contactos, manuais e normas, documentos assistenciais, projetos, reuniões científicas, escalas de serviço e outros documentos, foram disponibilizados neste portal.

Resultados: Após distribuição dos acessos aos profissionais, este tornou-se um local de acesso fácil para consulta de informações de serviço. As escalas de apoio ao internamento, de urgência e de bloco, bem como suas respetivas atualizações e novos documentos produzidos são aqui publicadas regularmente. Desde o seu lançamento, em três meses de utilização, com um total de 60 utilizadores registados, foram já contabilizados pelo servidor um total de 4367 visualizações de páginas (média: 46 páginas/dia), registando-se um total de 504 acessos (IP) únicos (média: 5,3 visitantes/dia), com um total de 1,2 GB de utilização. Estima-se que cerca de 7% da utilização seja efetuada via "mobile".

Conclusão: A criação de plataformas online de acesso autenticado é uma alternativa moderna para a publicação e consulta de informações, com adesão por parte dos utilizadores, sendo a utilização do Wordpress para esta finalidade uma inovação em serviços de saúde.

CO-14
HORMONA DE CRESCIMENTO NAS CRIANÇAS PEQUENAS PARA A IDADE GESTACIONAL – A EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Filipa Raposo[1]; Maria João Oliveira[1]; Helena Cardoso[1]; Teresa Borges[1]
[1] Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: São classificados de pequenos para a idade gestacional (PIG) as crianças que nascem com peso e /ou comprimento <-2 SDS para a idade gestacional. Cerca de 10 a 15% das crianças nascidas PIG, não fazem recuperação do crescimento, permanecendo abaixo de -2,0 SDS da sua estatura alvo. O tratamento destas crianças com hormona de crescimento (HC) está consensualmente estabelecido e é benéfico. Em Portugal a sua comparticipação foi aprovada em 2010. O objetivo deste trabalho é caracterizar a população de crianças e adolescentes PIG a realizar tratamento com hormona de crescimento, em seguimento na Unidade de Endocrinologia Pediátrica do CHP, bem como avaliar a resposta à terapêutica.

Metodologia: Foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo através da análise de processos clínicos das crianças PIG, que iniciaram tratamento com HC entre 2010 e 2014. Foram analisados os seguintes parâmetros: género, antecedentes pré e neonatais, scores de desvio-padrão de peso e comprimento ao nascimento, idade cronológica no início do tratamento, altura, peso e velocidade de crescimento pré e pós HC, duração do tratamento e os efeitos laterais do tratamento.

Resultados: População constituída por 9 doentes, 88,9% do sexo masculino. A idade gestacional média foi 36,2 ± 5,2 semanas (26-41), sendo 3 dos doentes prematuros. Foi identificada disfunção placentar em 2 (22,2%), alteração do estudo genético em 4 (44,4%) e houve necessidade de internamento no período neonatal em 3 dos doentes. O SDS do peso ao nascimento foi -1,92 ± 1,23 e o SDS comprimento ao nascimento foi de -3,18 ± 1,05cm. A idade média de início da terapêutica foi de 10,3± 3,7anos (5,2-18,6). Da população estudada 8 doentes apresentavam uma duração de tratamento superior a um ano e nestes a duração média de tratamento foi de 2,67 ± 1,14 anos (1,3 – 4,02),sendo a média do SDS da estatura no início da terapêutica de -2,98 ± 0,54, o que correspondia a um SDS da estatura alvo de -0,86± 1,02. Atualmente o SDS da estatura é de -2,14 ± 1,02. Não se registou nenhum efeito lateral com o tratamento.

Conclusão: Tal como descrito na bibliografia, na maioria dos casos foi identificada uma causa pré/peri-natal e/ou genética que pode justificar o nascimento da criança PIG. No grupo de doentes com duração de tratamento superior a um ano verificou-se uma boa resposta à terapêutica, com recuperação de 0,84 do SDS da estatura, apesar de duração média do tratamento ser apenas de 2,7 anos. É de extrema importância a referenciação atempada destas crianças de forma a iniciar a terapêutica o mais precocemente possível, e assim beneficiarem ao máximo do tratamento.

CO-15
SÍNDROME DE NOONAN: REVISÃO DA CASUÍSTICA DO CENTRO DE GENÉTICA MÉDICA DR. JACINTO DE MAGALHÃES – CHP

Natália Tkachenko[1]; Teresa Saraiva[1]; Gabriela Soares[1]; Ana Maria Fortuna[1]

[1] Unidade da Consulta, Centro Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães, CHP

Introdução: o Síndrome de Noonan (SN, OMIM 163950) é uma doença genética autossómica dominante relativamente comum, clinicamente variável e molecularmente heterogénea. A prevalência é cerca de 1:1000-1:2500 nados vivos. Caracteriza-se por baixa estatura pós-natal, cardiopatia congénita e dismorfia facial distinta que varia com a idade. O envolvimento cardíaco está presente em até 90% dos portadores de SN. A estenose pulmonar e cardiopatia hipertrófica são as formas mais comuns da cardiopatia. Outras características associadas incluem anomalias esqueléticas e ectodérmicas, criptorquidia no sexo masculino, displasias linfáticas, alterações de coagulação e, raramente, predisposição para doenças hematológicas malignas em idade precoce e défice cognitivo ligeiro. Do ponto de vista genético, o Síndrome de Noonan é uma condição pouco compreendida. Recentemente foi estabelecido que este síndrome é causado por hiperativação da via de transdução de RAS-MAPK, envolvida no controlo do crescimento, diferenciação, migração e apoptose. Na sequência da descoberta em 2001 do PTPN11 como um importante gene responsável por esta doença, seis genes adicionais foram identificados. As mutações nestes genes representam cerca de 70% de todos os casos de Síndrome de Noonan, indicando que ainda há outros para serem descobertos.

O objetivo deste trabalho foi caracterizar os doentes com diagnóstico do Síndrome de Noonan seguidos na consulta de Genética do CGMJM.

Metodologia: foi realizada a análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes do CGMJM, avaliados motivo de consulta, antecedentes familiares e pessoais, crescimento, desenvolvimento, morbilidade e orientação.

Resultados: foram avaliados 30 doentes entre 1994 e 2014 com diagnóstico clínico e/ou molecular de SN. 83% apresentavam cardiopatia, mais frequentemente estenose pulmonar. 7 casos são familiares. Dos que fizeram estudo molecular, 43% têm mutação identificada no gene PTPN11.

Conclusão: várias publicações até ao momento têm documentado a grande variabilidade clínica do Síndrome de Noonan com alguma correlação genótipo-fenótipo. Os novos avanços em genética molecular, nomeadamente a sequenciação de nova geração, permitem atualmente uma maior taxa de confirmação do diagnóstico clínico, o que possibilita o aconselhamento genético preciso e um diagnóstico pré-natal específico.

CO-16
O TELESCÓPIO MONOCULAR NA CONSULTA DE BAIXA VISÃO PEDIÁTRICA: UM DESAFIO MULTIDISCIPLINAR

João Pedro Marques[1]; José Costa[1]; João Quadrado Gil[1]; Pedro Gil[1]; Teresa Mesquita[1]; Catarina Paiva[1]

[1] Centro de Responsabilidade Integrado em Oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O telescópio monocular é uma ajuda técnica para indivíduos com baixa visão, especialmente direcionada para a visão de longe. Apesar das inúmeras vantagens proporcionadas pela ampliação de alvos distantes, a correta utilização do telescópio implica uma fusão complexa entre controlo de ação, motricidade fina e coordenação mão-olho. Uma vez que atrasos no desenvolvimento motor são comuns em crianças com baixa visão, manusear um telescópio pode revelar-se uma tarefa árdua e cansativa. Por este motivo, na nossa consulta de baixa visão, é delineado um programa individual de reabilitação que envolve uma equipa multidisciplinar de profissionais altamente diferenciados em áreas que passam da oftalmologia à psicologia clínica, educação especial, medicina física e reabilitação e (neuro)desenvolvimento. O objetivo deste trabalho passa pela avaliação do sucesso da reabilitação visual com telescópio monocular em crianças e adolescentes com baixa visão.

Métodos: Estudo retrospetivo, série de casos. Analisaram-se os registos clínicos dos doentes pediátricos (0 a 17 anos de idade) que frequentam a consulta de Baixa Visão e selecionaram-se aqueles aos quais o telescópio monocular foi prescrito como parte do programa de reabilitação visual.

Resultados: Foram incluídos 19 doentes neste estudo, 11 do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com uma idade média de 10,05±4,00 anos. O tempo médio de seguimento foi de 28,00±17,34 meses (mediana 34 meses). A melhor acuidade visual corrigida média inicial era de 62±12 letras ETDRS. Após a introdução do telescópio monocular, verificou-se uma melhoria significativa em todos os doentes ($p<0.001$). O ganho médio foi de 33±12,14 letras (mínimo 15, máximo 55; mediana 35). O telescópio foi introduzido antes dos 10 anos em 11 doentes (57,89%), 7 dos quais do sexo masculino.

Conclusão: Mesmo na comunidade oftalmológica, há uma considerável falta de informação relativamente às intervenções disponíveis para a reabilitação visual de crianças com baixa visão. Neste estudo, o telescópio monocular revelou-se uma ferramenta de indubitável benefício na reabilitação visual de crianças e adolescentes com baixa visão, demonstrando que o seu uso deve ser amplamente estimulado. É nossa convicção que, sempre que possível e oportuno, a introdução precoce do telescópio (i.e. idade pré-escolar) deve ser tentada, uma vez que influencia de forma dramática a adaptação da criança a esta valiosa ajuda técnica.

CO-17
A RARIDADE EM MGF: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Célia Maia[1]; Raquel Aires Pereira[1]; Rosália Páscoa[1]
[1] USF Ponte Velha, ACES Grande Porto I

Introdução: A Medicina Geral e Familiar é, segundo a Declaração da WONCA (2011), o primeiro e essencial recurso para a resolução dos problemas do utente. De fato, existem sinais e/ou sintomas característicos de determinadas patologias que o Médico de Família deve conhecer e para os quais deve estar atento. Assim, é fundamental alertar para a manifestação inicial de determinadas doenças, mesmo que raras.

A Miastenia Gravis (MG) é uma doença rara, de caráter auto-imune, cuja base fisiopatológica se traduz por uma diminuição dos recetores de acetilcolina na junção neuromuscular. Carateriza-se por uma distribuição bimodal com um pico inicial na 2ª e 3ª décadas (predomínio feminino) e um pico tardio na 6ª e 8ª década (predomínio masculino). Clinicamente carateriza-se por fraqueza muscular flutuante que, dependendo dos grupos musculares atingidos, pode levar a diferentes apresentações clínicas, sendo que a mais comum assenta num quadro de diplopía, ptose palpebral e astenia.

O presente artigo relata um caso clínico de uma apresentação invulgar de Miastenia Gravis. Pretende, predominantemente, salientar o papel do MF na suspeição/diagnóstico de patologias menos comuns, bem como focar a sua importância na orientação adequada dos utentes.

Caso Clínico: Adolescente de 15 anos, sexo masculino, a frequentar o 8º ano. Recorreu à Consulta Aberta da sua Médica de Família por parestesias nos lábios, disfagia, disartria, hipersialorreia e mastigação fatigável, com evolução de seis meses, de predomínio vespertino e com noção de agravamento progressivo. Foi referenciado ao Serviço de Urgência de Neuropediatria do Centro Hospitalar São João, tendo sido internado com suspeita de Miastenia Gravis. Durante o internamento confirmou-se a suspeita inicial, tendo o mesmo decorrido sem intercorrências e com melhoria clínica significativa.

Discussão: Os Cuidados de Saúde Primários são os pilares do sistema de saúde. Apesar de uma das funções do Médico de Família ser dominar áreas que assumam uma maior prevalência e incidência na comunidade, é fundamental que o mesmo seja detentor de alguns conceitos mais específicos e raros, mais característicos dos Cuidados de Saúde Secundários. A Miastenia Gravis é, efetivamente, uma doença rara pelo que o Médico de Família deve estar alerta para as suas manifestações clínicas.

CO-18
PAPEL DA RETCAM NO RASTREIO DA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE NUMA UNIDADE DE CUIDADOS NEONATAIS

Pedro Gil[1]; João Gil[2]; João Pedro Marques[2]; Madalena Monteiro[2]; Catarina Paiva[2]; Rui Castela[2]
[1] Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
[2] Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: A retinopatia da prematuridade (ROP) é um distúrbio do desenvolvimento vascular retiniano em crianças prematuras com baixo peso ao nascimento. As possíveis complicações, como descolamento de retina, podem condicionar uma diminuição marcada da acuidade visual. A sua relação com os cuidados neonatais está actualmente bem estabelecida, nomeadamente com o suporte cardiorrespiratório. Por esse motivo, o consenso actual engloba oftalmologistas e neonatalogistas numa abordagem sistematizada de rastreio da ROP. Este inclui avaliações seriadas do fundo do olho, em que a RetCam tem sido proposta como alternativa à oftalmoscopia indirecta.

Material e Métodos: Fez-se uma revisão retrospectiva dos registos clínicos dos doentes que foram submetidos a exame de imagem com a RetCam 3® (Clarity, Medical Systems Inc., USA) no âmbito do rastreio da ROP, desde 1 de Fevereiro de 2011 até 3 de Setembro de 2014, num centro pediátrico de referência.

Resultados: Neste período foram avaliados 73 doentes, 46.58% do sexo masculino e 53.42% do feminino. A idade média à data do primeiro exame era de 10.55±5.28 semanas de idade cronológica, e de 39.29±4.77 semanas de idade gestacional. O número médio de exames por doente foi de 2.40±0.11, com uma média de 75.78±101.73 imagens do fundo ocular por doente, num total de 5532 imagens. Apresentam-se ainda alguns casos clínicos com fotografia do fundo ocular mostrando as principais manifestações oftalmológicas da ROP.

Conclusões: O uso da RetCam no rastreio da ROP proporciona ganhos adicionais comparado com a oftalmoscopia indirecta, em termos de conveniência, rapidez, qualidade das imagens obtidas, possibilidade de documentar e comparar exames subsequentes e complementar o exame com angiografia fluoresceínica. Estes ganhos traduzem-se em diagnósticos mais precoces e precisos, permitindo por isso melhores resultados com o tratamento. Dado o crescente número de partos pré-termo e o desenvolvimento dos cuidados neo-natais, o rastreio da ROP com a RetCam engloba-se numa estratégia multi-disciplinar para optimizar o acompanhamento destes recém-nascidos de risco.

CO-19

HÁBITOS TELEVISIVOS: "TAL PAI, TAL FILHO"?

Marina Pinheiro[1]; Ana Rita Araújo[1]; Álvaro Ferreira da Silva[2]
[1] Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
[2] USF São João do Porto

Introdução: A televisão assume um papel central na interação familiar. A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que as crianças com menos de 2 anos não devem ver televisão, e aquelas com mais de 2 anos só devem ser expostas a um máximo de duas horas por dia. Este trabalho pretende avaliar a influência dos hábitos televisivos dos cuidadores nos das crianças. Metodologia: Realização de inquérito dirigido aos cuidadores das crianças em consulta de saúde infantil, dos 0 aos 18 anos, e análise estatística com recurso ao SPSS®.

Resultados: Um total de 73 cuidadores respondeu ao inquérito. Destes, 85% são do sexo feminino, com idade média de 37.93 anos. O número de crianças por agregado familiar é de 1.59, 58% do sexo masculino, com idade média de 6.3 anos. O número médio de televisões por agregado familiar é de 2.88. No grupo dos cuidadores, o consumo médio diário de televisão é de 2.1 horas durante a semana e 3.2 horas ao fim de semana. 78% tem televisão no quarto, e, destes, cerca de metade afirma ter o hábito de adormecer a ver televisão. No grupo das crianças, o consumo médio diário de televisão é de 1.9 horas durante a semana e 3.7 horas ao fim de semana. Naquelas com menos de 2 anos, em específico, esse consumo é de 1.4 e 3 horas, respetivamente. 67% tem televisão no quarto, dos quais 37% adormece a ver televisão. Os cuidadores que possuem televisão no quarto, que vêm televisão durante as refeições e que assistem a mais de 2 horas por dia (semana) induzem o mesmo comportamento em 79%, 76% e 59% das crianças ao seu cuidado, respetivamente($p<0.05$). As crianças com televisão no quarto vêm mais de 2 horas de televisão por dia (fim de semana)($p<0.05$). Destas, 61% não tem excesso de peso/obesidade. Esta percentagem eleva-se para 87% entre aquelas sem televisão no quarto($p<0.05$). 94% das crianças que não vê televisão na companhia dos cuidadores consome menos do que 2 horas de televisão por dia (semana)($p<0.05$). O excesso de peso e a obesidade entre os cuidadores é mais prevalente nos lares com mais de 4 aparelhos($p<0.05$).

Conclusão: Os hábitos de consumo televisivo dos cuidadores influenciam, de forma análoga, os das suas crianças. Apesar das recomendações da AAP, as crianças continuam a ser excessivamente expostas à televisão, induzidas pelos hábitos dos seus cuidadores. É fundamental sensibilizá-los para a influência dos seus comportamentos sob as crianças – no caso concreto da televisão, e alertar para as suas consequências na saúde das mesmas.

POSTERS

PM-1
NEUTROPENIA AUTO-IMUNE – RELATO DE CASO CLÍNICO

Clara Preto[1]; José Barbot[2]; Natalina Miguel[1]
[1] Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro
[2] Centro Hospitalar do Porto

Na criança com idade superior a um ano a neutropenia é definida como uma contagem absoluta de neutrófilos inferior a 1500/uL.

Esta patologia é, na maioria dos casos, de caracter adquirido e deve-se à apoptose de células mielóides ou destruição aumentada, frequentemente resultante de mecanismos imunológicos.

Criança de 13 meses, sexo masculino. Referenciada a consulta de pediatria urgente por neutropenia, detetada no contexto de investigação de aftas orais. Sem antecedentes relevantes, nomeadamente infeções de repetição.

Início de febre elevada (>39ºC) e diarreia, 10 dias antes da consulta, com duração de 5 dias. Apirético durante 72 horas com posterior recorrência de febre e aparecimento de aftas orais.

À admissão apresentava bom aspeto geral, crescimento adequado, múltiplas aftas orais de pequenas dimensões e baço palpável cerca de 2-3 cm abaixo do rebordo costal esquerdo. Hemograma com contagem de leucócitos normal (8100/ul), neutropenia absoluta de 250/ul, sem outra citopenia. Esfregaço de sangue periférico com raros neutrófilos, a maioria hiposegmentados e 10% de linfócitos ativados.

Internado para investigação de neutropenia severa. De realçar da restante investigação: serologias para parvovírus, CMV, EBV, hepatite B, hepatite C e VIH negativas; vitamina B12, ácido fólico, imunoglobulinas e complemento normais; sucessivas pesquisas de anticorpos anti-neutrófilo negativas; elastase pancreática normal. Ecografia abdominal com ligeira esplenomegalia, sem outras alterações. Durante o internamento verificou-se agravamento da neutropenia (160/u). Realizou aspirado e biópsia de medula óssea que revelaram medula hipercelular, rica em percursores linfoides B, com células em diferentes estágios maturativos com diminuição da maturação terminal para o neutrófilo maduro Iniciou profilaxia com trimetropim e sulfametoxazol. Cerca de 6 meses depois repetiu pesquisa de anticorpos anti-neutrófilo por método direto revelando-se positivos para Ac IgG.

Os autores pretendem com este caso demonstrar a importância de uma investigação sistematizada no estudo de uma neutropenia e de um olhar crítico sobre o resultado dos exames auxiliares de diagnóstico. A ausência de sintomatologia infeciosa, perante um caso de neutropenia grave, adivinha uma reserva medular adequada e pressupõe como etiologia mais provável a destruição periférica. A negatividade dos anticorpos anti-neutrófilo não anula o diagnóstico, pelo que é necessário investir na sua repetição.

PM-2
RABDOMIÓLISE COMO PISTA DIAGNÓSTICA

Margarida Coelho[1]; Anabela Bandeira[2]; Cristina Garrido[3]; Esmeralda Martins[2]
[1] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto
[2] Unidade de Doenças Metabólicas do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto
[3] Serviço de Neuropediatria do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A rabdomiólise é uma patologia frequente, tradutora de necrose muscular, que pode ser desencadeada por quadros infeciosos, convulsões, tóxicos, trauma, exercício físico intenso ou, mais raramente, por miopatias metabólicas. O diagnóstico é feito através do aumento das enzimas musculares em circulação, podendo complicar com insuficiência renal aguda.

Caso clínico: Adolescente 11 anos, sexo masculino, 4º filho de pais saudáveis, não consanguíneos. Antecedentes familiares: irmão, 20 anos em estudo por quadro com início na adolescência de mialgias após esforços físicos, sobretudo em períodos de jejum, por vezes acompanhados de urina escura, actualmente a condicionar limitação funcional importante. Dos exames complementares realizados: níveis normais de amónia e lactato, teste de esforço muscular sem alterações e biópsia muscular sem evidência de sobrecarga de glicogénio.

Antecedentes pessoais: evolução estaturo-ponderal e desenvolvimento psicomotor adequados, encontrando-se medicado com metilfenidato por perturbação do défice de atenção e hiperactividade (PHDA), sem outros antecedentes patológicos de relevo.

Aos 10 anos de idade, apresentou quadro de mialgias generalizadas com dificuldades na marcha e acompanhado de urina de cor acastanhada após exercício físico intenso. Ao exame físico: dor à palapaçao muscuclar. O estudo analítico que revelou DHL 2578 /L, CK 36000U/L. Pelo quadro de rabdomiólise e pelos antecedentes familiares de miopatia foi encaminhado para investigação. Ao exame objectivo apresentava tónus adequado, força muscular mantida e simétrica,sem outras alterações.

O perfil das acilcarnitinas demonstrou um défice da desidrogenase de 3-hidroxi-acilCoA de cadeia muito longa (VLCAD), posteriormente confirmada pelo estudo molecular.

Iniciou dieta adaptada com restrição do aporte de ácidos gordos de cadeia muito longa e suplemento nutricional de hidratos de carbono e ácidos gordos de cadeia média, mantendo-se assintomático, e conservando a prática de exercício físico regular. As mesmas medidas terapêuticas foram aplicadas ao irmão, com melhoria clínica.

Discussão: Os quadros de rabdomiólise recorrente ou a presença de história familiar devem levantar a hipótese diagnóstica de miopatia metabólica. A VLCAD é uma doença do metabolismo energético de transmissão autossómica recessiva provocada pela ausência de uma enzima do ciclo de beta oxidação. Apresenta bom prognóstico desde que sejam cumpridas as medidas dietéticas e terapêuticas.

PM-3

SÉPSIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES: DUAS APRESENTAÇÕES DA MESMA DOENÇA

Ekaterina Popik[1]; Margarida Coelho[1]; Isabel Guerra[1]; Carla Teixeira[1]; Carla Zilhão[1]; Lurdes Morais[1]

[1] Serviço de Pediatria, Departamento da Infância e Adolescência, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A doença invasiva por S.pyogenes (Streptococcus β-hemolítico do grupo A - SGA) pode ter apresentação clínica variável. A sua incidência tem aumentado e a mortalidade pode atingir 30%.

Casos clínicos: Caso 1: Criança de 4 anos, sexo masculino, com síndrome de Jacobsen, admitida por celulite pós-septal 24h após ferida na região supraciliar direita. Em D2 de internamento constatada extensão dos sinais inflamatórios à hemiface e hemitórax anterior, hipotensão, oligúria e insuficiência cardíaca esquerda. Verificou-se elevação da PCR e das transaminases e trombocitopenia. Foi identificado SGA na hemocultura e no exsudado ocular. Completou 21 dias de penicilina G e clindamicina ev, seguidos de 21 dias de amoxicilina po.

Caso 2: Criança de 22 meses, sexo feminino, que uma semana após "infeção vírica" inicia febre, exantema maculo-papular generalizado, edema dos pés, vómitos, prostração e diminuição da diurese. Apresentava leucocitose com neutrofilia e aumento da PCR. Foi admitida em D3 de doença e medicada com ceftriaxone ev. Em D5 de antibioterapia foi constatada recusa da marcha e assimetria na mobilização passiva da anca. A RM da bacia mostrou piomiosite envolvendo o vasto lateral, glúteo mínimo e máximo à esquerda. Na hemocultura foi isolado SGA. Em D15 desenvolveu artrite tibio-társica esquerda. Completou 21 dias de ceftriaxone ev, seguidos de 21 dias de amoxicilina po.

Discussão: A doença invasiva por SGA pode ter porta de entrada conhecida ou não, como exemplificam os casos citados, podendo apresentar evolução rápida. Os fatores de risco descritos são as infeções víricas com destaque para a varicela, o uso de AINE's e as imunodeficiências. Um diagnóstico precoce e tratamento atempado contribuem para a diminuição da morbimortalidade.

PM-4

A BRONQUIOLITE AGUDA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL A2

Sara Dias Leite[1]; Cristiana Martins[1]; Susana Sousa[1]; Vânia Martins[1]; Aida Sá[1]

[1] Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

A bronquiolite aguda é a infeção das vias aéreas inferiores mais comum nas crianças até aos 2 anos e o principal motivo de internamento no Inverno. Os autores tiveram como objetivo avaliar a evolução da doença nos últimos 5 anos, comparando o número e duração dos internamentos, a prevalência de fatores de risco, o tipo vírus identificado e as complicações.

Metodologia: Revisão dos casos de bronquiolite aguda internados entre novembro e março de 2009 a 2014, com análise de variáveis epidemiológicas, duração e motivo do internamento, fatores de risco e complicações.

Durante o período estudado houve 372 internamentos por bronquiolite aguda, tendo-se registado neste último ano o número máximo de internamentos (83); 56% eram do sexo masculino, com idade média a variar entre os 7 e os 11 meses, tendo o internado mais novo 11 dias. A hipoxemia foi o principal motivo de admissão. A duração média de internamento foi de 5,6 dias. No total, foram detetadas complicações em 38%, sendo a complicação mais frequente a pneumonia (72%). O maior número de complicações ocorreu na época 2009/2010. O vírus isolado foi o VSR em 50% dos casos.

Ao longo dos anos o número de internamentos por bronquiolite aguda não tem diminuído e verificamos uma redução da idade dos internados. Apesar disso, o número de complicações não aumentou, fruto, talvez, de uma melhor abordagem a estes doentes.

PM-5

SUPLEMENTAÇÃO COM FERRO ATÉ AOS DOIS ANOS DE VIDA COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO DE ANEMIA FERROPÉNICA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Eduarda Rocha[1]; Andrea Rodrigues[1]; Sofia Oliveira[1]; Miguel Costa[2]

[1] USF Egas Moniz – ACES Entre o Douro e Vouga I

[2] Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A anemia por deficiência de ferro configura-se na principal endemia carencial do mundo, sendo as crianças em idade pré-escolar as mais afetadas. Esta doença associa-se a várias consequências deletérias à saúde, particularmente na infância, pelo que a sua prevenção constitui uma importante medida de saúde pública. No entanto, em relação à suplementação sistemática com ferro a todas as crianças é preciso ponderar os benefícios e os riscos. Neste contexto, foi efetuada uma revisão baseada na evidência, com o objetivo de conhecer a influência da suplementação com ferro em crianças, determinando se a suplementação de rotina na criança saudável até aos dois anos de idade diminui a prevalência da anemia ferropénica.

Metodologia: Pesquisa de guidelines, meta-análises, artigos de revisão e artigos originais na Medline, sítios de Medicina Baseada na Evidência e referências cruzadas dos artigos elegíveis, utilizando os termos MeSH: Iron, Infant, Dietary Supplements, Anemia desde janeiro de 2004 até 22 de agosto de 2014. Para avaliar a qualidade dos estudos e a força de recomendação, foi utilizada a escala Strength of Recommendation Taxonomy da American Family Physician.

Resultados: Foram identificados 239 estudos, dos quais foram seleccionados oito. Cinco normas de orientação clínica, uma meta-análise, um estudo controlado e aleatorizado duplo-cego e um estudo transversal de base comunitária cumpriram os critérios de inclusão.

Os estudos encontrados são discordantes quanto à necessidade de suplementação das crianças até aos dois anos de idade. No entanto, há concordância no que concerne à suplementação da criança a partir da idade de introdução de dieta complementar, desde que esta não proporcione a quantidade de ferro necessária ao adequado status hematológico da criança.

Conclusão: Esta revisão não é conclusiva sobre os efeitos da suplementação com ferro na prevenção de anemia ferropénica (Força de Recomendação C). Não há evidência de que a suplementação com ferro tenha efeitos sustentados no controlo da anemia na criança saudável (Força de Recomendação C). São necessários mais estudos, controlados, com populações aleatórias e com qualidade, sobre a suplementação com ferro, orientados para a criança saudável.

PM-6
DISLIPIDÉMIA NA INFÂNCIA

Mónica Bagueixa[1]; Cátia A. Pereira[2]
[1] Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santa Maria 2, Centro de Saúde de Bragança – Unidade Local de Saúde do Nordeste
[2] Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: Com base numa prevenção quaternária, Médico de Família é confrontado com os pós e contras do rastreio e tratamento das dislipidémias em crianças.

O rastreio para as dislipidémias é um procedimento invasivo com potenciais implicações no bem-estar da criança e família.

Quanto à abordagem terapêutica, os estudos demonstram que as estatinas são efetivas e habitualmente bem toleradas, no entanto não são isentas de efeitos adversos, sendo necessários estudos que comprovem a sua segurança a longo prazo.

Objetivo: Rever a abordagem terapêutica na dislipidémia na infância.

Metodologia: A pesquisa foi efetuada em Julho de 2014 nas bases de dados Medline/Pubmed.

Resultados: A dislipidémia constitui um fator de risco para desenvolvimento da doença cardiovascular. Existe cada vez mais evidência de que o processo aterosclerótico tem início em idade pediátrica e que está relacionado com a presença e intensidade de fatores de risco cardiovascular, nomeadamente de dislipidémia.

De acordo com os dados científicos disponíveis pode concluir-se que não existe evidência do benefício do rastreio de dislipidémias em crianças e adolescentes na diminuição do risco e da morbilidade cardiovascular.

A terapêutica inicial de todas as crianças é não farmacológica (dietética).O tratamento farmacológico continua a gerar uma controvérsia de opiniões, mas é iniciado em crianças com idade superior a 8 a 10 anos com risco cardiovascular muito elevado.

A monitorização do tratamento inclui a repetição do perfil lipídico ao fim de 6 semanas a 3 meses assim como a provas da função hepática.

O tratamento com estatinas atrasa a progressão do espessamento da íntima da carótida e não possui efeitos adversos. A eficácia do tratamento está relacionada com idade, obtendo-se melhores resultados quanto mais cedo se inicie o mesmo. O National Heart, Lung, and Blood Institute publicou em 2011 aconselhamento para que seja efetuado um rastreio universal dos lípidos nas crianças com idades entre 9 e os 11 anos, permitindo a discriminação entre a hipercolesterolemia familiar e as outras causas de colesterol LDL elevado.

Discussão: Continua a existir controvérsia sobre a utilização de terapêutica farmacológica na dislipidémia em idade pediátrica.

São necessários mais estudos para aperfeiçoar a terapêutica da dislipidémia na infância.

PM-7
ENURESE NOTURNA

Mónica Bagueixa[1]
[1] Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santa Maria 2, Centro de Saúde de Bragança – Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: A enurese é o problema urológico pediátrico mais comum nos Cuidados de Saúde Primários.

Objetivo principal deste trabalho é uma revisão bibliográfica sobre a abordagem da enurese nos Cuidados de Saúde Primários.

Define-se como a enurese noturna a perda involuntária de urina durante a noite após a idade de 5 anos, quando se espera que as crianças tenham conseguido atingir o controlo da bexiga cheia durante a noite.

A prevalência de enurese (pelo menos 1 noite por semana) tem sido relatada a ser de 1,6% a 13,7%, dependendo da idade do paciente e as características étnicas e culturais.

Apesar de frequente e de fácil diagnóstico, pode muitas vezes passar despercebida ao médico.

A forma mais comum é a monossintomática primária e pode facilmente ser gerida pelo Médico de Família.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa na base de dados Medline/Pubmed e em Índice de Revistas Médicas Portuguesas procurando artigos publicados entre 2006 e 2014.

Resultados: A terapêutica deve ser ofericida a todas as crianças e famílias que manifestem vontade em ser tratadas. Não existe nenhum tratamento universalmente eficaz para a enurese. As principais medidas terapêuticas são educacionais, comportamentais, medidas farmacológicas e utilização de alarmes. A desmopressina é o fármaco mais usado no tratamento da enurese.

As crianças com enurese sofrem de baixa auto-estima, reduzida coordenação motora fina e visomotor, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, dificuldades de leitura e pode haver uma associação com enxaqueca. Além disso, o risco de comorbidade psicossocial é maior em terapia enurese-resistente.

Conclusão: A enurese é o problema urológico mais comum nos Cuidados de Saúde Primários, sendo a enurese monossintomática primária facilmente gerida pelo Médico de Família.

O diagnóstico e tratamento precoces desta situação são primordiais para evitar uma disfunção social e psicológica da criança e da família.

PM-8
"HANDLEBAR HERNIA" – CASO CLÍNICO

Catarina Sousa[1]; Ana Coelho[1]; José Banquart Leitão[1]; Fátima Carvalho[1]; João Ribeiro Castro[1]
[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: "Handlebar hernia" é a designação atribuída a um tipo específico de traumatismo abdominal fechado que provoca hérnia da parede abdominal. É uma lesão incomum, causada pelo impacto do guiador da bicicleta na parede abdominal. Apresentamos um caso clínico com este tipo de patologia.

Caso clínico: Adolescente de 12 anos, sexo feminino, vítima de queda de bicicleta com traumatismo abdominal fechado provocado pelo impacto do guiador ao nível do quadrante inferior esquerdo. Sem antecedentes patológicos relevantes. Foi admitida no Serviço de Urgência por dor no local do traumatismo e incapacidade de deambular. Sem outra sintomatologia. Ao exame físico, identificou-se equimose da parede e tumefacção subcutânea ocupando o quadrante inferior esquerdo com dor à palpação da região atingida.

Realizou estudo ecográfico que demonstrou aparente interrupção muscular da parede abdominal anterior. O posterior esclarecimento por tomografia axial computorizada identificou defeito completo da musculatura da parede abdominal anterior esquerda com 34 mm de extensão crânio-caudal e 29 mm transversal, e separação dos músculos oblíquos e transverso do bordo lateral do recto abdominal.

Optou-se por tratamento conservador, tendo sido orientada para consulta externa, mantendo eventração traumática da parede abdominal anterior no quadrante inferior esquerdo. Um mês após o traumatismo, foi submetida electivamente a reparação da parede abdominal. Realizada incisão de Pfannenstiel e identificada ruptura da parede abdominal anterior no bordo lateral do recto abdominal esquerdo com cerca de 6x4 cm de maiores dimensões e epiplon exteriorizado aderente à parede abdominal. O defeito foi encerrado com sutura directa, sem necessidade de prótese.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências e a doente encontra-se em seguimento na consulta externa.

Discussão: Este caso clínico assume importância pela sua raridade e salienta o facto de a reparação cirúrgica imediata poder ser preterida. A divulgação desta entidade ajuda a prevenir a ausência de reconhecimento diagnóstico.

PM-9
TUMOR NEUROENDÓCRINO DO APÊNDICE ILEOCECAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Sousa[1]; Ana Coelho[1]; Mónica Recaman[1]; José Banquart Leitão[1]; Fátima Carvalho[1]
[1] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O tumor neuroendócrino do apêndice ileocecal surge com uma incidência estimada na literatura de 0,15/100.000/ano, mais frequentemente no sexo feminino (2:1) na faixa etária dos 40-50 anos.

Geralmente, são diagnosticados incidentalmente após apendicectomias, estimando-se que existam cerca de 3 casos em cada 1000 apendicectomias. Assim os tumores neuroendócrinos do apêndice ileocecal não se apresentam com clínica específica, estando habitualmente associados a um quadro de apendicite aguda. A associação com o síndrome carcinoide é extremamente rara.

Apresentamos o caso clínico de um adolescente com diagnóstico de tumor neuroendócrino do apêndice ileocecal no enquadramento de um quadro clínico sugestivo de apendicite aguda.

Caso clínico: Adolescente de 15 anos, sexo masculino, raça caucasina, que recorreu ao Serviço de Urgência com queixa de dor abdominal localizada na fossa ilíaca direita com 24 horas de evolução associada a náuseas. Negava outra sintomatologia, nomeadamente vómitos, alterações do trânsito intestinal, queixas urinárias ou febre. Sem antecedentes médicos ou cirúrgicos e sem medicação habitual.

Ao exame objectivo, apresentava bom aspecto geral, com dor à palpação electiva da fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal. A ecografia abdominal confirmou tratar-se de apendicite aguda.

Foi submetido a apendicectomia laparoscópica, tendo tido alta com diagnóstico pós-operatório de apendicite aguda supurada. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica identificou na extremidade distal do apêndice uma neoplasia de padrão organóide /ninhos sólidos com focos de necrose de tipo "comedo", invadindo a subserosa mas sem atingir a serosa ou a sua vascularização, distando de 5 cm da margem cirúrgica. O índice Ki-67 foi inferior a 2%. O diagnóstico foi de um tumor neuroendócrino, grau 1, pT2 Nx R0 (ENETS), pT1a Nx R0 (AJCC).

O período pós-operatório decorreu sem intercorrências, com alta nas primeiras 24 horas. Encontra-se em seguimento na consulta externa, clinicamente bem.

Os critérios de estadiamento e tratamento adoptados são os propostos pela European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS).

Discussão: Os tumores neuroendócrinos do apêndice ileocecal são relativamente raros e o prognóstico é geralmente favorável. A apendicectomia simples é o tratamento cirúrgico de rotina e proporciona a cura na maioria dos casos. Os critérios propostos pela ENETS constituem actualmente guidelines de grande utilidade no estadiamento e tratamento desta patologia.

PM-10

QUISTO BILIAR EM LACTENTE – UMA ENTIDADE RARA

Catarina Sousa[1]; Ana Coelho[1]; José Banquart Leitão[1]; José Ribeiro Castro[1]; Fátima Carvalho[1]

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

Lactente de 8 meses, sexo feminino, raça caucasiana, com tumefacção abdominal volumosa palpável nos quadrantes direitos do abdómen, móvel e indolor à palpação, diagnosticada em exame físico de rotina. Antecedentes médicos ou cirúrgicos irrelevantes. Ecografia abdominal mostrou formação multiquística ocupando o quadrante superior direito do abdómen com 10,2 cm de maior diâmetro causando efeito compressivo sobre a vesícula biliar, sem relação com o rim direito e aparente epicentro mesentérico/entérico. A tomografia axial computorizada visualizou volumosa lesão quística intra-peritoneal complexa, multiseptada, centrada na raíz do mesentério com 15 cm de diâmetro, sugerindo como hipótese diagnóstica linfangioma ou quisto mesentérico. Analiticamente, apresentava ligeira elevação das transaminases.

Submetida a cirurgia, após a introdução do videoscópio pelo trocar umbilical visualizou-se volumosa massa na dependência do lobo hepático direito, com 20 cm de maior diâmetro. Perante a situação, a cirurgia foi convertida. Confirmou-se estar perante uma lesão quística cuja parede se assemelhava macroscopicamente a parênquima hepático aderente ao leito hepático do lobo inferior, com plano de clivagem e sem comunicação com a via biliar, permitindo a sua ressecção completa. O exame histológico confirmou tratar-se de um quisto biliar. A importância deste caso clínico reside na raridade da entidade em idade pediátrica e na sua forma de apresentação.

PM-11

HÉRNIA INTERNA – UM CASO RARO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL

Catarina Sousa[1]; Ana Coelho[1]; José Banquart Leitão[1]; Fátima Carvalho[1]

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

Introdução: O divertículo de Meckel é a anomalia congénita mais frequente do trato gastrintestinal, ocorrendo em cerca de 2% da população. Geralmente é assintomático, sendo achado ocasional durante a realização de laparotomias ou autópsias. Hemorragia digestiva, invaginação intestinal, obstrução intestinal por vólvulo ou hérnia interna, perfuração ou diverticulite são as formas de apresentação clínica.

A oclusão intestinal pode ocorrer em virtude de uma hérnia ou vólvulo intestinal em torno de um cordão fibroso, que se estende do divertículo à parede abdominal, ao meso ou a um segmento intestinal, provocando um quadro obstrutivo grave, com necrose e até mesmo perfuração.

Caso clínico: Doente de 12 anos, sexo masculino, admitido no Serviço de Urgência por dor abdominal epigástrica intensa de aparecimento súbito com cerca de oito horas de evolução, com dois episódios de vómito. Sem alterações do trânsito intestinal, sem febre ou outras queixas.

Ao exame objectivo, apresentava apenas dor moderada à palpação abdominal difusa com abdómen mole e depressível, sem massas ou organomegalias palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou tomografia axial computorizada que mostrou provável hérnia interna na região peri-umbilical/quadrantes internos, marcado espessamento e hipocaptação parietal das ansas de delgado envolvidas, sugestiva de sofrimento e isquemia. Analiticamente sem alterações relevantes. A abordagem cirúrgica identificou hérnia interna sob um divertículo de Meckel com banda mesodiverticular e ansa intestinal adjactente com isquemia. Houve necessidade de ressecção de segmento intestinal de 40 cm de ileo contendo o divertículo de Meckel.

O exame anatomo-patológico confirmou tratar-se de isquemia do ileo e divertículo de Meckel com 6,5 cm de comprimento.

Discussão: O divertículo de Meckel como causa de hérnia interna com oclusão intestinal é um evento raro, que se apresenta com clínica inespecífica, sendo difícil e infrequente o diagnóstico pré-operatório. O caso descrito, em que sobressaía apenas uma dor epigástrica intensa com vómitos sem aparente sinais de oclusão, não levou a uma hipótese de diagnóstico inicial de hérnia interna.

O divertículo de Meckel não é uma causa frequente de quadros abdominais agudos e quando se manifesta pode ter múltiplas formas de apresentação. Esta possível atipia do quadro clínico pode levar a atrasos no diagnóstico e intervenção terapêutica. Deve por isso ser colocada a hipótese de divertículo de Meckel nos quadros abdominais agudos.

PM-12
OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EM ADOLESCENTE COM HIPOACUSIA SÚBITA NEUROSSENSORIAL

Mariana Matos Martins[1]; Nádia Guimarães[1]; Ivete Afonso[1]; Eduarda Cruz[1]; Tiago Fernandes[2]; Nuno Trigueiros[3]

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

[2] Serviço de Medicina Hiperbárica, Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

[3] Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A utilização de oxigenoterapia hiperbárica (OTH) em pediatria, apesar de ter indicações definidas, é infrequente para isso contribuindo a escassez de centros especializados e a falta de informação. Apesar da evidência clínica não ser definitiva em relação à utilização deste tratamento na hipoacúsia neurossensorial o aparecimento de resultados favoráveis tem levado a uma utilização cada vez maior.

Os autores apresentam o caso de uma adolescente com hipoacúsia súbita neurossensorial (HSNS) sem resposta ao tratamento convencional com melhoria clínica comprovada após uso de O2 hiperbárico.

Caso clínico: Adolescente, sexo feminino, 12 anos, antecedentes pessoais irrelevantes, incluindo hábitos medicamentosos. Antecedentes maternos de doença de Meniére e fraternos de doença celíaca. Quadro febril inespecífico 3 semanas antes associado posteriormente a vómitos, tonturas, zumbido e hipoacúsia súbita severa esquerda. Diagnosticado síndrome vertiginoso no contexto de labirintite aguda provável com audiograma revelando perda auditiva de 70-75 SRT; medicada com corticóide, antivírico e antiemético orais. Estudo complementar incluindo estudo serológico infeccioso e angio-RM cerebral sem alterações de relevo, excepto níveis de transglutaminase francamente positivos. Por manutenção de défice auditivo severo após cerca de 2 semanas de tratamento oral foi proposta OTH. Realizou 30 sessões diárias distribuídas durante 5 dias semanais, sem registo de efeitos laterais. Melhoria clínica progressiva do quadro vertiginoso com recuperação auditiva parcial registada após conclusão da OTH.

Discussão: Diversos estudos analisaram o uso de OTH como terapia secundária da HSNS após insucesso do tratamento primário convencional. Os resultados são positivos quanto à melhoria auditiva mas inconclusivos quanto ao significado clínico desta melhoria. Existe também indefinição em relação ao contributo da recuperação espontânea, e também no que respeita à altura ideal de início e tempo de duração. Apesar de não podermos concluir que a doente melhorou apenas devido à OHT, nos casos em que a terapêutica de 1ª linha falha os autores pensam que esta é uma alternativa viável dada a limitação futura que acarreta um défice auditivo, especialmente em idade pediátrica.

Carecem estudos prospectivos em larga escala que comprovem o benefício inequívoco desta estratégia terapêutica e definam as condições ideais de utilização.

PM-13
ATRÉSIA BRÔNQUICA – CASO CLÍNICO

Mariana Matos Martins[1]; Inês Azevedo[2]; José Aires Pereira[1]

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

[2] Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar São João

Introdução: A atrésia brônquica é uma doença congénita rara com predominância no sexo masculino, em que tem prevalência estimada de 1.2 casos por 100.000. O diagnóstico pré-natal é possível mas, na maioria dos doentes, o diagnóstico é feito radiologicamente de forma acidental na 2ª ou 3ª décadas de vida e dois terços desses doentes estão assintomáticos.

Os autores apresentam o caso de uma criança com clínica respiratória no período neonatal interpretada como consequente a pneumonia congénita, sendo posteriormente diagnosticada atrésia brônquica.

Caso clínico: Gestação de termo, vigiada, sem intercorrências. Ecografias obstétricas normais. Parto traumático por ventosa após rotura prolongada de membranas, com profilaxia antibiótica completa. I. Apgar 4/7/8 com necessidade de reanimação neonatal avançada e internamento na UCIN. Apresentava gemido, cianose, taquipneia e murmúrio diminuído na base direita. Radiografia pulmonar em D1 de vida: diminuição do volume do hemitórax direito e hipotransparência na base do lobo inferior direito (LID). Ecografia torácica em D9: atelectasia do segmento posterior do LID. Durante o internamento manteve-se em ventilação espontânea e sem necessidade de oxigenoterapia. Completou antibioterapia; alta com diagnóstico de sépsis/pneumonia congénita.

Por manter hipotransparência no LID realizou angioTAC torácica aos 42 dias de vida que mostrou atelectasia total dos lobos médio e inferior do pulmão direito com redução do volume do hemitórax, desvio mediastínico ipsilateral e ausência de visualização do lúmen do brônquio intermédio. A broncofibroscopia aos 2 meses confirmou o diagnóstico. Sem outras anomalias congénitas, além de 5º arco costal hipodesenvolvido. Seguimento regular com intercorrências respiratórias normais para a faixa etária até à data.

Discussão: A clínica respiratória neonatal imediata é frequente, sendo diversos os diagnósticos diferenciais. Neste doente a sintomatologia respiratória foi provavelmente consequente ao quadro de sofrimento fetal e não secundária à atrésia brônquica. O diagnóstico, em idade tão precoce, foi efectuado por manutenção da imagem de hipotransparência, sendo que o conhecimento desta alteração congénita permite um seguimento individualizado.

Com este caso, os autores querem salientar a necessidade de suspeição de patologia pulmonar malformativa quando surge uma alteração radiológica persistente, especialmente se acompanhada de sinais indirectos de assimetria pulmonar.

PM-14

LESÃO ÓSSEA LÍTICA – QUE DIAGNÓSTICO?

Mariana Matos Martins[1]; Joana Cardoso[2]; Lisete Lopes[1]; Helena Sá Couto[1]; Jorge Quelhas[2]; António Leite da Cunha[2]

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

[2] Serviço de Ortopedia, Hospital Pedro Hispano, UNIDADE Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: As lesões ósseas líticas constituem um desafio dada a ampla variedade de causas possíveis e respectivo prognóstico. A faixa etária, localização da lesão e aparência imagiológica podem ser pistas para o diagnóstico mas, por vezes, apenas a biópsia óssea é capaz de o confirmar. Os autores apresentam o caso clínico de uma criança com lesão óssea lítica vertebral que revelou tratar-se de um granuloma eosinofílico. Esta doença faz parte do espectro da Histiocitose de células de Langerhans (HCL), anteriormente conhecida como histiocitose X.

Caso clínico: Criança de 10 anos, sexo masculino, antecedentes pessoais irrelevantes, evolução estatural no percentil 50. Quadro de dorso-lombalgia com 3 semanas de evolução agravada com ortostatismo, com posição preferencial em flexão do tronco, sem história de trauma ou outra sintomatologia associada. Ao exame objectivo: sem dismorfias à inspecção, dor à pressão da região dorso-lombar, exame neurológico sem alterações. Realizou TAC da coluna lombar que mostrou "exuberante lesão osteolítica no corpo de D12". Estudo radiológico complementado por RM que confirmou presença de lesão expansiva nessa localização mas mantendo-se a morfologia/altura do corpo vertebral. Restante estudo complementar alargado incluindo estudo infeccioso inconclusivo pelo que efectuou biópsia percutânea transpedicular da vértebra afectada. Diagnóstico histológico de HCL.

Discussão: A HCL inclui um grupo de entidades raras com manifestações clínicas variáveis e de etiologia desconhecida. O granuloma eosinofílico constitui cerca de 60% de todos os casos de HCL podendo afectar o esqueleto de forma multi ou unifocal, atingindo mais frequentemente o crânio e os ossos longos. A apresentação unifocal tem o melhor prognóstico mas, a vigilância a longo prazo é essencial pois existe a possibilidade de aparecimento de novas lesões ósseas e mesmo conversão para uma forma sistémica.

Dados os possíveis diagnósticos diferenciais de prognóstico possivelmente mais agressivo e com diferentes tratamentos (sarcoma de Ewing, osteomielite, linfoma, doença metastática, quisto ósseo), o doente foi submetido a biópsia no sentido de estabelecer um diagnóstico definitivo. Até à data mantém um seguimento regular, sem défices neurológicos e com melhoria radiológica documentada.

PM-15

OBESIDADE PEDIÁTRICA: ATENÇÃO AO IMC BOM DEMAIS!...

Benedita Bianchi de Aguiar[1]; Andrea Rodrigues[2]; Elizabeth Marques[3]; Miguel Costa[1]; Lúcia Gomes[1]

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

[2] USF Egas Moniz, ACES Entre Douro e Vouga

[3] Serviço de Nutrição, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: A obesidade é a doença nutricional mais prevalente entre crianças e adolescentes, estimando-se que em Portugal uma em cada três crianças têm excesso de peso ou obesidade. O seguimento multidisciplinar destas crianças/adolescentes é essencial para o sucesso terapêutico, destacando-se a importância do acompanhamento posterior, em Consulta. O risco de voltar a engordar ou o aparecimento de alguma patologia que induza o emagrecimento são dois motivos que justificam o seguimento das crianças/adolescentes em consulta, após a normalização do IMC (Índice de Massa Corporal), como ilustram os dois casos clínicos apresentados pelos autores.

Caso 1: Adolescente de 15 anos, do sexo feminino, que foi orientada para a Consulta de Nutrição Pediátrica do CHEDV (Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga), por obesidade primária, aos 6 anos. Apesar da intervenção alimentar e comportamental, manteve ganho ponderal, com IMC máximo aos 13 anos. Desde então, iniciou quadro de emagrecimento, que manteve mesmo após a normalização do IMC. Aos 14 anos foi-lhe diagnosticada uma anorexia nervosa, encontrando-se atualmente em seguimento, com o apoio da Pedopsiquiatria e da Psicologia, com evolução favorável.

Caso 2: Adolescente de 13 anos, do sexo masculino, que foi orientado para a Consulta de Nutrição Pediátrica do CHEVD por excesso de peso, aos 12 anos. A sua evolução foi favorável, normalizando o IMC após um ano de seguimento. Nessa altura iniciou quadro de cólicas abdominais, emagrecimento e posteriormente retorragias. Realizou endoscopia digestiva baixa, tendo sido diagnosticado colite ulcerosa. Iniciou mesalazina e atualmente encontra-se clinicamente bem.

Conclusão: Apesar da normalização do IMC, os dois adolescentes continuaram a emagrecer, demonstrando-se a existência de patologia subjacente a esse emagrecimento. Estes casos vêm realçar a importância da manutenção da vigilância das crianças/adolescentes com obesidade ou excesso de peso em Consulta, após a sua aparente "cura". Não nos devemos esquecer que a normalização do IMC pode ser "patológica", devendo ser acompanhada e devidamente controlada pela equipa multidisciplinar.

PM-16
ERROS ALIMENTARES MAIS COMUNS EM IDADE PEDIÁTRICA

Benedita B Aguiar[1]; Ana C Coelho[2]; Eduarda Rocha[3]; Nádia Correia[4]; Elizabeth Marques[2]; Lúcia Gomes[1]; Miguel Costa[1]
[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga
[2] Serviço de Nutrição, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga
[3] USF Egas Moniz, ACES Entre Douro e Vouga I
[4] USF Famílias, ACES Entre Douro e Vouga I

Introdução: Em idade pediátrica, a família e a escola constituem pilares fundamentais na adoção de comportamentos saudáveis, particularmente os hábitos alimentares. No entanto, sabe-se que os principais erros nutricionais praticados pelas crianças ocorrem maioritariamente no seio familiar. Esses erros refletem-se negativamente na saúde das crianças, originando inúmeras consequências, entre elas, o excesso de peso cada vez mais precoce e, com ele, todas as complicações associadas. Constitui objetivo deste trabalho determinar os erros alimentares mais comuns em diferentes fases da infância e adolescência, para uma melhor abordagem preventiva nas consultas de Promoção de Saúde Infantil.

Metodologia: Estudo transversal, descritivo, desenvolvido no período de 03/07/2014 a 23/10/2014. Foram consultados os processos de crianças entre os 2 e os 18 anos de idade, seguidas na Consulta Externa de Pediatria/Nutrição por obesidade ou excesso de peso. Foram pesquisados os principais erros alimentares, tendo por base os dados do protocolo da primeira consulta. Os dados obtidos foram analisados através do programa Excel.

Resultados: Das 138 crianças/adolescentes avaliados, com uma idade média de 12 anos, 80 (57,9%) eram do sexo feminino e foram divididos em 3 grupos: menores do que 6 anos (5,8%), entre os 6 e os 10 anos (21,0%) e maiores de 10 anos (73,2%). Em relação ao IMC, 11,6% tinham excesso de peso e 88,4% obesidade.

Os erros mais comuns verificados foram: até aos 6 anos, "Ingestão de bebidas açucaradas ou refrigerantes" e "Ingestão de doces e pastelaria"; entre os 6 e os 10 anos, o "Baixo consumo de fruta (<3/dia)" e "Ingestão de bebidas açucaradas ou refrigerantes"; após os 10 anos, "Não incluem sopa a uma das refeições" e "Baixo consumo de fruta (<3/dia)".

Conclusão: Os autores concluem que é fundamental investir na educação alimentar não só junto das crianças, como também junto das famílias, associando diferentes estratégias de prevenção, nomeadamente o tratamento comportamental estruturado, organizado e apoiado, baseado na redução dos erros alimentares mais comuns para estas faixas etárias.

PM-17
UMA CAUSA DE ATAXIA AGUDA EM QUE É PRECISO PENSAR…

Patrícia Carvalho[1]; Idalina Maciel[1]; Hugo Rodrigues[1]; Sandra Perdigão[2]; Suzana Figueiredo[1]
[1] Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alto Minho
[2] Serviço de Neurologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: Os acidentes são frequentes na criança e a ingestão acidental de fármacos um motivo importante de recurso ao Serviço de Urgência (SU). As manifestações clínicas são heterogéneas e o diagnóstico difícil, sobretudo quando a ingestão ocorre de modo não presenciado.

Caso clínico: Criança do sexo masculino, 3 anos de idade, que é levada ao SU por afasia, ataxia e presença de movimentos involuntários dos membros, de início súbito cerca de 3 horas antes da admissão. Os pais negavam história de ingestão acidental de fármacos ou outros tóxicos. Sem febre ou outros sintomas associados. Sem história de intercorrência infeciosa recente. A criança apresentava um desenvolvimento psicomotor adequado e não havia história de crises convulsivas febris ou afebris, bem como história familiar de epilepsia. Ao exame neurológico apresentava olhar vago, sem resposta verbal, não respondia a ordens simples. Pupilas isocóricas e fotorreactivas. Movimentos aparentemente completos e simétricos, sem assimetria facial. ROTS normais e simétricos, RCP em flexão bilateral. Sinais meníngeos negativos. No SU a criança teve um movimento clónico do tronco com duração de cerca de 5 minutos. Administrou-se diazepam rectal, seguido de bólus e posteriormente perfusão de ácido valpróico, tendo revertido e ficado mais reactiva e colaborante, mantendo-se sem focalizações. Analiticamente apresentava hemograma, PCR, glicose, ureia, creatinina, ionograma, AST, ALT e gasimetria venosa normais e pesquisa de drogas de abuso na urina negativa. A TC crânio-encefálica foi normal. Cerca de 2 horas após a admissão, a criança referiu ter ingerido um comprimido em casa de familiares que os pais concluíram tratar-se de Topiramato 100mg. Atendendo ao carácter de incerteza da informação cedida pela criança realizou-se punção lombar que foi normal (citologia, bioquímica, pesquisa de antigénios solúveis e bateriológico). A criança ficou em vigilância com hidratação endovenosa e teve alta cerca de 24h após a ingestão, assintomática, sem registo de novos episódios ou equivalentes convulsivos.

Discussão: Com a apresentação deste caso clínico os autores pretendem reforçar a noção de que a ingestão acidental de fármacos consiste numa causa a pensar perante uma criança que se apresenta com ataxia aguda. Uma vez que muitas destas situações não são presenciadas, torna-se importante descartar outras etiologias cuja gravidade torna necessária uma actuação urgente e atempada.

PM-18

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E AUTO IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES DE ENSINO SECUNDÁRIO

Patrícia Carvalho[1]; Ana Carneiro[1]
[1] Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução: A preocupação com a imagem corporal tem sido transmitida pelos adolescentes e muito incentivada pelos meios de comunicação social e grupos de pares. A sociedade vai impondo os critérios que os jovens devem cumprir para afirmarem a sua identidade. A imagem corporal é o reflexo dessa identidade, condicionando frequentemente o comportamento alimentar.

Método: Foram selecionados aleatoriamente alunos de 2 escolas de ensino secundário das áreas de Científico-Nacional e Letras. Cada estudante respondeu a um questionário de auto--preenchimento (EAT 26) complementado com questões relativas a dados antropométricos (referidos pelos próprios) e a prática de exercício físico.

Resultados: Responderam sob anonimato 156 alunos (75 raparigas, 81 rapazes), com idade média de 16,2 anos (mediana 16 anos), a frequentar o ensino secundário (10º ano-32%; 11º ano- 27%; 12º ano-41%). Verificou-se que 4 % dos rapazes e 9 % das raparigas apresentam comportamentos alimentares inadequados (resultado superior ou igual a 20). Alunos da área de Ciências apresentaram também resultados significativamente superiores no questionário, quando comparados com os alunos da área de Letras. Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o IMC e resultados mais elevados no questionário EAT. Quanto à prática de atividade física, apenas 57% realizam exercício físico regular (atividade física moderada 3 ou mais vezes por semana), não se verificando uma diferença significativamente estatística entre as 2 áreas de formação, bem como com o resultado do questionário.

Conclusão: Com a apresentação deste estudo os autores pretendem alertar para a importância de avaliar precocemente o risco de ocorrência de perturbações do comportamento alimentar nos jovens, com o objetivo de orientar para profissionais especializados os casos que necessitem de intervenção e rastrear possível psicopatologia associada.

PM-19

DOENÇA DE VON WILLEBRAND TIPO 1, NEM SEMPRE UMA EVOLUÇÃO BENIGNA

Dinis Sousa[1]; Mónica Costeira[1]; Joana Macedo[1]; Cláudia Neto[1]
[1]Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Alto Ave

Na abordagem a um doente com hemorragia recorrente, a frequência, a duração, a severidade e a falta de explicação para os episódios hemorrágicos poderão indicar um possível distúrbio hemorrágico. Uma doença hemorrágica hereditária pode ainda ser sugerida pelo início da sintomatologia na infância e/ou uma história familiar positiva. Será relatado um caso clínico de Doença de Von Willebrand tipo 1 com manifestação clínica inicial pouco comum nesta patologia.

Criança de 13 meses, sexo masculino, com internamento por hemorragia prolongada e excessiva do local da sutura decorrente de traumatismo do lábio superior na semana precedente. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, com pele e mucosas descoradas e com boa perfusão periférica. No estudo analítico detetou uma anemia normocítica e normocrómica: Hb 6,2g/dL; HTc 18,7%; VCM 74,8fL; CHCM 33,2g/dL; RDW 13,7%; Reticulócitos 53000/uL; RTHE 28,1 pg. Estudo da coagulação: PT 12,9segundos e aPTT 24,6segundos. Parâmetros bioquímicos de ferro: Fe 43 g/dl; CTFF 398 g/dl; Saturação de transferrina 10,8%; Ferritina 18,6 ng/ml.

No segundo dia de internamento teve dois novos episódios de hemorragia do lábio, de difícil hemóstase, tendo sido necessário realização de nova sutura, com queda do valor da Hb para 5,9g/dL mas com emergência de reticulocitose (Reticulócitos 242200/uL). Efetuou perfusão de ferro endovenoso, não tendo sido necessário transfusão de concentrados de eritrócitos. Durante o restante internamento com boa evolução clínica e analítica com Hb 7,1g/dL à data de alta.

Foi orientado para CE de Pediatria Geral/Hematologia para estudo etiológico. Do estudo efetuado salienta-se o estudo da coagulação com Fator de Von Willebrand 41%; Co-fator da ristocetina 51%; Atg fator VIII 0,7 UI/mL; PFA 100 Col epi 211segundos e Col ADP 179segundos. O diagnóstico de Doença de Von Willebrand tipo 1 foi confirmado.

A doença de Von Willebrand tipo 1 é o distúrbio hemorrágico hereditário mais comum, cursando habitualmente com tendência hemorrágica pouco expressiva. Este caso clínico realça a importância de sua suspeição diagnóstica e demonstra que por vezes esta patologia poderá se manifestar com hemorragia mucocutânea grave.

PM-20

ANAFILAXIA AO OVO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Macedo[1]; Mónica Costeira[1]; Armandina Silva[1]
[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Alto Ave

Introdução: A alergia alimentar é definida como uma resposta imunológica anormal às proteínas dos alimentos, levando a uma reacção clínica adversa. A prevalência de alergia alimentar é especialmente elevada entre as crianças, cerca de 4 -6%, com valores superiores naquelas com formas de eczema atópico moderado a grave. Cerca de 90% das alergias alimentares em pediatria são causadas por apenas oito alergénios: proteínas do leite de vaca, soja, ovo, peixe, marisco, amendoim, frutos secos e trigo. A maioria destas alergias assume, geralmente, um caráter transitório, com aquisição de tolerância clínica em idade pré-escolar.

Caso clínico: Criança do sexo masculino, seguido em consulta de doenças alérgicas desde 18 meses. Diagnósticos de eczema atópico ligeiro e asma com sensibilização a aeroalergénios e alimentos. Em avaliação clínico laboratorial apresentava uma IgE Total de 314 UI/ml (positiva), positividade no painel alergias Alatop screen (42), e painel multialimentar de 24.8 (positivo, corresponde a uma classe 4, em 6). Efectuou testes cutâneos com reacção positiva ao ovo. Uma vez que, segundo informação da mãe da criança, mantinha uma dieta familiar diversificada, sem qualquer tipo de restrição, manteve atitudes. Com 22 meses, a criança foi trazida ao serviço de urgência por episódio de vómito, dificuldade respiratória, rubor e edema da face durante a ingestão de sopa (na sua constituição teria cenoura, penca, batata e ovo pasteurizado). Ao exame na admissão a criança, após a intervenção terapêutica e de transporte pelo INEM, apresentava-se já hemodinamicamente estável, com quadro em regressão, objetivando-se rubor da face, edema malar e dos lábios e um exantema macular discreto no tórax. Foi efetuada adrenalina i.m, com ótima evolução posterior no internamento com indicação para evicção total de ovo e ensino sobre uso de adrenalina intra muscular.

Conclusão: O diagnóstico de alergia alimentar é de extrema importância não só pela evicção que implica, pela potencial gravidade clínica, como demonstrou o caso apresentado, como também pelo seu papel na caminhada da marcha alérgica. Mais que uma alergia é por vezes a porta de entrada para um amplo espetro de patologias alérgicas. É essencial atuar na prevenção, não só a nível da indústria alimentar para a correta rotulagem dos alimentos, mas também na promoção dos bons hábitos alimentares e na educação da criança alérgica.

PM-21

REFERENCIAÇÃO À PEDIATRIA PELO SISTEMA ALERT: O QUE NOS PEDEM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Luís Pereira[1]; Sílvia Santos[2]; Benedita Bianchi Aguiar[3]; Ana Maria Ferreira[3]; Virgínia Monteiro[3]; Miguel Costa[3]; Lúcia Gomes[3]; Prof. Doutor MRG Carrapato[3]
[1] USF Salvador Machado
[2] USF Nordeste
[3] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga II

Introdução: Os cuidados de saúde primários (CSP) são idealmente o primeiro ponto de contacto dos utentes com o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A sinergia de cuidados entre os CSP e os cuidados de saúde secundários permite desenvolver um atendimento integrado e centrado no utente. Os sistemas informáticos introduzidos há mais de uma década no SNS pretendem integrar a informação, no entanto, muito pouco se conhece sobre os motivos de referenciação em geral e, especialmente, em idade pediátrica. Este estudo tem como objetivo conhecer os motivos de referenciação à consulta de pediatria do CHEDV, pelas unidades de saúde da sua área de referência.

Método: Foram retirados os dados de todas as referenciações ao serviço de Pediatria do CHEDV, via Alert P1, entre Junho e Dezembro de 2013, pertencentes às unidades de saúde da sua área de referência. Para avaliação dos motivos de envio foi utilizada a codificação ICPC-2. As váriavéis foram recolhidas e analisadas em SPSS®.

Resultados: Dos 445 Alert P1 selecionados, excluímos 30 por "indiferimento", resultando num total de 415 registos analisados. Os 3 principais motivos de referenciação foram: perturbação hipercinética, obesidade e dificuldades específicas de aprendizagem. As questões relacionadas com o neurodesenvolvimento constituíram o principal motivo de envio na população abaixo dos 15 anos e a partir dessa idade a obesidade foi o mais frequente. Quando agrupámos os diferentes pedidos por áreas, as temáticas relacionadas com o "Psicológico" e "Endocrino, metabólico e nutricional" foram as que tiveram maior número de casos, seguindo-se "Pele" e "Aparelho respiratório". As consultas mais pedidas foram Desenvolvimento e Pediatria Geral. O tempo médio de espera por consulta variou entre cerca de 1 mês até pouco menos de 4 meses nas consultas de maior procura. Em relação às informações e codificação dos pedidos, cerca de 17% preenchiam os critérios sugeridos na plataforma de referenciação Alert P1.

Conclusão: Constatou-se que os principais motivos de envio relacionaram-se com áreas nas quais os aspetos sociofamiliares e comportamentais têm um impacto muito significativo. No geral, houve uma boa resposta às solicitações dos Cuidados de Saúde Primários, com um taxa de indeferimento de apenas 6.8%. Melhorar a codificação dos pedidos poderia ajudar a clarificar a situação clínica e a agilizar as marcações, no entanto o sistema Alert P1 revela-se complexo e pouco navegável, dificultando todo este processo.

PM-22

ERITEMA PERINEAL RECORRENTE INDUZIDO POR TOXINAS: CASO CLÍNICO

Cristiana Martins[1]; Sara Dias Leite[1]; Aida Silva Sá[1]; Pedro Andrade[2]; Márcia Quaresma[1]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

[2] Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução / Descrição de caso: O eritema perineal recorrente induzido por toxinas (RTPE) foi descrito pela primeira vez em 1996. É uma doença rara mediada por superantigénios (polipéptidos virulentos produzidos por microrganismos infeciosos, em especial estafilococos e esptreptococos, capazes de se ligarem diretamente ao complexo major de histocompatibilidade II e induzirem a proliferação não específica de células T) e caracteriza-se por um eritema perineal quase sempre precedido de um episódio febril ou faringite sem alteração do estado geral, com caracter recidivante, sem periodicidade particular. Apresenta-se o caso clínico de um menino de 3 anos com episódios recorrentes de amigdalite aguda e eritema perineal. O eritema surge cerca de 24-36 horas após o início de febre, sendo a cultura de estreptococo grupo A positiva em alguns dos episódios. A evolução do quadro foi sempre favorável após instituição de antibioterapia. Fora destes episódios mantem áreas de hiperpigmentação pós-inflamatória residual. Atualmente é seguido na consulta de Dermatologia e Otorrinolaringologia, aguardando amigdalectomia.

Comentários / Conclusões: O RTPE é uma entidade rara, cujo diagnóstico é fundamentalmente clínico, apesar de ser fundamental a determinação da exotoxina.

Embora o tratamento com antibiótico seja eficaz, dada a recorrência, a amigdalectomia é o tratamento gold-standard.

PM-23

DOENÇA CELÍACA – MAIS UM DIAGNÓSTICO TARDIO…

Nádia Correia[1]; Eduarda Rocha[2]; Benedita Aguiar[3]; Cristina Rocha[3]; Lúcia Gomes[3]; Miguel Costa[3]

[1] USF Famílias, ACES Feira/Arouca

[2] USF Egas Moniz, ACES Feira/Arouca

[3] Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução: A incidência da doença celíaca em Portugal é cerca de 1 a 3%, mas está largamente subdiagnosticada. As manifestações clínicas atípicas surgem geralmente em crianças mais velhas, correspondendo muitas vezes a manifestações extra-intestinais ou intestinais inespecíficas, o que pode levar a um atraso no diagnóstico. Sendo o tratamento a dieta isenta de glúten, quanto mais cedo esta for instituída mais rapidamente há resolução dos sintomas.

Caso clínico: Criança do sexo feminino, enviada pelo Médico Assistente à consulta de Pediatria/Patologia Digestiva do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, aos 11 anos de idade, por alterações inespecíficas gastrointestinais (cólicas, obstipação, vómitos) com diversas terapêuticas e dietas de exclusão efectuadas, sem melhoria. Antecedentes pessoais relevantes: enxaqueca desde os 3 anos de idade, seguida em consulta de Pediatria/Neurologia desde os 9 anos (relação com ingestão de massa?); rinite alérgica (alergia aos ácaros, gato e gramíneas); Antecedentes familiares: primo em primeiro grau com doença celíaca. O exame objetivo era irrelevante, com peso no P90 (estava no P95) e estatura no P95. Dos exames efectuados salientamos: IgA normal; IgA antigliadina negativa; IgG anti-gliadina positiva; Ac. antitransglutaminase IgA positivo; hemograma normal com cinética do fero normal; EDA – alterações inespecíficas da mucosa duodenal; biópsia intestinal: atrofia vilositária quase total ou total da mucosa entérica, com hiperplasia críptica, compatível com doença celíaca. Iniciou dieta isenta de glúten, com recuperação do peso, desaparecimento das queixas digestivas e das enxaquecas.

Discussão: O tratamento precoce da doença celíaca está relacionado com o desaparecimento dos sintomas e com a prevenção de complicações. O diagnóstico tardio desta criança deveu-se à inespecificidade dos sintomas apresentados, apesar da história familiar positiva. Na literatura existem alguns estudos que abordam a associação entre Enxaqueca e Doença Celíaca – há maior prevalência de Enxaqueca nos doentes com Doença Celíaca e vice-versa, havendo melhoria das cefaleias com a dieta sem glúten nestes indivíduos. Com este caso, os autores pretendem alertar para as formas atípicas da Doença Celíaca, principalmente em crianças mais velhas e com boa evolução estaturo-ponderal.

PM-24
APOPLEXIA HIPOFISÁRIA DURANTE A GRAVIDEZ: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sara Pinheiro Almeida[1]
[1] USF Famílias - ACES Entre Douro e Vouga I

Introdução: A apoplexia hipofisária é uma emergência endócrina e está associada a mortalidade e morbilidade significativas, se não for diagnosticada atempadamente. É um evento raro durante a gravidez e estão descritos poucos casos. Caracteriza-se por inicio súbito de cefaleia, vómitos, alterações visuais ou diminuição do estado de consciência causados por hemorragia e/ou enfarte da hipófise. Habitualmente está associada a um adenoma hipofisário subjacente.

Descrição do caso: Grávida, com 27 anos de idade, caucasiana, casada, pertencente a uma família nuclear na fase II do ciclo de Duvall. Sem antecedentes patológicos de relevo. Antecedentes obstétricos: IIIG IP (parto por cesariana). Gestação actual vigiada na nossa consulta, sem intercorrências. Mantinha-se a amamentar o filho de 2 anos de idade.

Às 25 semanas de gestação, em Agosto de 2013, inicia quadro de cefaleia frontal intensa e diminuição da acuidade visual do olho direito. É observada por Neurocirurgia, no hospital da área de referência, e é diagnosticada Apoplexia Hipofisária, com Prolactinoma subjacente, e foi realizada intervenção cirúrgica urgente.

A partir dessa data, a grávida foi encaminhada para a consulta de Obstetrícia de Alto Risco, onde manteve vigilância. A cesariana foi programada para as 39 semanas (9/12/2013) e decorreu sem intercorrências.

Actualmente, a doente encontra-se assintomática e a realizar suplementação com levotiroxina; mantendo vigilância na consulta de endocrinologia.

Discussão do caso: Em 80% dos casos, a apoplexia hipofisária é o sintoma de apresentação de um adenoma pré-existente da hipófise (como no caso desta doente) e é um evento raro durante a gravidez. Neste caso, os sintomas associados ao prolactinoma (nomeadamente, galactorreia e amenorreia) foram "mascarados" pela manutenção da amamentação do 1ºfilho (com 2 anos de idade) e posteriormente, pela gravidez, o que induziu a um atraso no seu diagnóstico. Segundo a OMS, a amamentação até os 2 anos de idade ou mais, é adequada e saudável; o que contribuiu para diminuir a suspeita…

Contudo, o Médico de Família pela proximidade com os seus doentes e continuidade de cuidados deverá estar atento e suspeitar mesmo quando os sintomas estão mimetizados, de modo a efectuar um diagnóstico precoce e evitar complicações.

PM-25
SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS

Marta Fernandes[1]; Iolanda Pereira2; Teresa Oliveira[2]
[1] USF Sudoeste, ACES Entre Douro e Vouga I
[2] Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: O Síndrome de Ehlers-Danlos (EDS) é o termo utilizado para um grupo de patologias relativamente raras do tecido conjuntivo. Tem por base alterações hereditárias em genes que afetam a síntese e processamento de diferentes formas de colagénio. A frequência global do EDS é de 1 em 5000. Sem predomínio racial ou entre sexos. O diagnóstico diferencial de EDS inclui a síndrome de hipermobilidade articular, síndrome de Marfan, osteogénese imperfeita entre outros.

Caso Clínico: Adolescente do sexo feminino, 15 anos, encaminhada da consulta de Medicina Física e Reabilitação para a na consulta de pediatria em Abril de 2014. Antecedentes de descolamentos múltiplos da rótula esquerda, hiperlaxidez articular das mãos, estalidos na bacia, dor e estalidos no joelho esquerdo. Refere ainda hiperlaxidez articular das mãos, estalidos na bacia, dor e estalidos no joelho esquerdo. Refere sensação de caixa torácica mole a comprimir os pulmões, dispneia em locais fechados ou após exercício físico com dor torácica. Há cerca de 6 meses episódio isolado em que acordou com edema dos dedos das mãos e pés, sem eritema e sem febre. É de salientar dos antecedentes pessoais escoliose há cerca de 3 anos e CIV muscular apical mínima com encerramento em 2001. Antecedentes familiares: mãe com provável EDS e irmã com luxação congénita da anca e rótula instável.

No exame objetivo apresentava escoliose dorsal e hiperlaxidez articular das mãos e hiperlaxidez da pele. Realizou estudo analítico sem alterações de relevo e ecocardiograma que evidenciou regurgitação mitral central mínima e pequeno fluxo diastólico no tronco pulmonar. Aguarda consulta de genética.

Discussão: Perante uma suspeita de EDS deve ser realizado o encaminhamento para uma consulta de genética clínica para confirmação do diagnóstico e deve ser instituído um acompanhamento multidisciplinar. Não existe tratamento curativo para a EDS, devendo este ter por base a educação do paciente para a prevenção e o reconhecimento precoce de lesões e complicações. O prognostico é variável consoante o tipo de EDS, desta forma o reconhecimento clínico dos diferentes tipos de EDS é de grande importância.

PM-26

KIDS & PETS – A REALIDADE DA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DO CHEDV

Sílvia Santos[1]; Benedita Bianchi de Aguiar[2]; Lúcia Gomes[2]; Miguel Costa[2]

[1] USF Nordeste

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

Introdução: Quantas famílias com filhos que convivem com animais domésticos, frequentemente, recorrem ao aconselhamento com o pediatra? Sendo um assunto controverso existem algumas evidências sobre os benefícios fisiológicos e psicológicos dos animais de estimação, nomeadamente na prevenção da obesidade infantil.

Objetivos: Caracterizar a população pediátrica com animais domésticos. Estabelecer uma relação entre a posse de animais de domésticos e gênero, idade, IMC, história de ataque/acidente com animais domésticos, zoonoses e prática de exercício.

Métodos: Estudo transversal descritivo com componente analítica. Dados colhidos através de questionário distribuído a uma amostra de conveniência e posteriormente analisados usando o programa Excel®.

Resultados: Dos 303 inquiridos, 64% possuem animais domésticos. 47% dos inquiridos com animais domésticos levam o seu animal a passear. Das crianças e adolescentes com animais domésticos 59% têm peso normal, 39% obesidade e 2% excesso de peso. 53% dos que têm obesidade admitem passear o seu animal de estimação, enquanto apenas 43% dos que têm peso normal o fazem. Dos 303 inquiridos, apenas 12% revelaram já ter sofrido um ataque ou acidente por um animal. Não se registaram histórias de zoonoses.

Conclusões: Não existem diferenças estatisticamente significativas para as variáveis analisadas entre o grupo com e o grupo sem animais domésticos. Os autores acreditam que outros fatores não avaliados, como o status socioeconómico e etnia, possam ter influência nos comportamentos das crianças; consideram também que seria necessária uma amostra maior para que se possam aplicar as conclusões à população geral.

PM-27

SUPLEMENTAÇÃO COM VITAMINA D APÓS O 1º ANO DE VIDA NA IDADE PEDIÁTRICA – QUAL A EVIDÊNCIA

Rui Correia[1]; Sérgio Miranda[2]

[1]USF Alpendorada

[2]USF Freamunde

Introdução: Pesquisas recentes fizeram da Vitamina D uma das preferidas do momento. Esta Vitamina já descrita no início do século XX tem assumido um papel cada vez mais importante sendo atualmente considerada ao nível de hormona. A sua importância na regulação do metabolismo fosfo-cálcio está bem descrita e o seu défice associado a patologias ósseas nomeadamente o Raquitismo e a Osteomalácia sendo por isso recomendada a sua suplementação de 400 UI por dia, pelas diversas sociedades científicas unanimemente durante o 1º ano de vida. Cada vez mais se associa o défice desta vitamina a doenças degenerativas, neoplasias, alterações imunológicas entre as mais diversas patologias sendo por isso cada vez mais discutida a sua suplementação após o 1º ano de vida.

Objetivo: Reunir os dados disponíveis sobre a suplementação com vitamina D, discutir os benefícios para a saúde da sua suplementação e apresentar as diferentes recomendações das diferentes sociedades científicas pediátricas.

Metodologia: Resumir a informação recolhida nos artigos publicados na Pubmed, Index de revistas médicas Portuguesas, Cochrane, NHS evidence, Nacional Guideline clearinghouse e CMA infobase, artigos em Inglês, Espanhol e Português, desde Janeiro de 2004 a Fevereiro de 2014. Utilizamos os termos MESH: Adolescence; children; infants; vitamin D deficiency.

Resultados: Foram encontrados estudos associativos dos diferentes papéis fisiológicos da Vitamina D e a sua interação com as mais diversas patologias nomeadamente cardiovascular, imunológica, doenças degenerativas, endócrinas e ósseas. Para além disto também se verificou a definição de défice de Vitamina D sendo que, o estado nutricional da população é avaliado pela dosagem da concentração sérica de 25(OH)D. A European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) considera o valor >50 nmol/L como sendo normal e como défice severo quando se encontra em valores <25 nmol/L. São também estabelecidos os grupos de risco para este mesmo défice. Apresentam-se também as recomendações das diferentes sociedades científicas pediátricas nomeadamente da ESPGHAN, Sociedade Francesa de Pediatria, Academia Americana de Pediatria, Sociedade de Endocrinologia Clinica e do National Institute of Health (NIH).

Conclusões: Verificou-se a importância da Vitamina D nas mais diversas funções orgânicas e a inequívoca importância da suplementação com Vitamina D no 1º ano de vida. Em relação às outras faixas etárias pediátricas os diversos estudos parecem demonstrar a importância da sua suplementação, no entanto a falta de estudos prospetivos randomizados não permitem ainda á maioria das sociedades recomendarem a suplementação para além do 1º ano de vida excepto nos grupos de risco.

PM-28

CÉLULAS T GAMADELTA EM CRIANÇAS COM DOENÇA DE BEHÇET E DOENÇA AFTOSA ORAL RECORRENTE

Ana Cristina Freitas[1]; Inês Ferreira[1]; Carla Zilhão[1]; Esmeralda Neves[2]; Sónia Dias[2]; Nancy Azevedo[2]; Judite Guimarães[2]; Júlia Vasconcelos[2]; Margarida Guedes[1]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto

[2] Serviço de Imunologia Clínica do Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A doença de Behçet é uma doença inflamatória multissistémica de etiologia desconhecida, cujas manifestações podem surgir em idade pediátrica. As células T gamadelta participam na defesa contra bactérias e vírus intracelulares e neoplasias, assim como na proteção contra a auto-imunidade. O aumento das populações gamadelta no sangue periférico é relativamente comum na doença de Behçet e na doença aftosa oral recorrente, mas o seu papel na patogénese da doença e significado clínico não estão ainda esclarecidos. O objectivo deste trabalho foi comparar a percentagem de células T gamadelta no sangue periférico em crianças com estas patologias, de forma a melhor compreender sua relação com as manifestações clínicas.

Metodologia: Estudo descritivo das características clínicas e analíticas de crianças com doença de Behçet e doença aftosa oral recorrente referenciadas à consulta de Reumatologia Pediátrica do Centro Hospitalar do Porto entre Junho/2000 e Junho/2014 e a quem foi realizado contagem de células T gamadelta.

Resultados: Dezanove doentes pediátricos foram incluídos, apresentando mediana de idade de 15,8 anos, distribuição equitativa entre géneros e mediana de seguimento clínico de 2 anos. Ocorreram úlceras genitais (critério para classificação como doença de Behçet) em 8 crianças (42%). Observou-se um aumento de células T gamadelta em 9 doentes (47%), sem diferença estatisticamente significativa entre doentes com doença de Behçet ou doença aftosa oral recorrente (médias de 10,7% e 12,2% respectivamente, p=0,56). Apenas as crianças com aumento das células T gamadelta apresentaram lesões cutâneas (pseudofoliculite ou teste de patergia positivo), mas sem outras diferenças em relação a género, idade de início das manifestações, presença de úlceras genitais, sintomas gastrointestinais, articulares ou neurológicos, velocidade de sedimentação ou haplótipos HLA associados a doença de Behçet.

Conclusões: Descreve-se um grupo de doentes pediátricos com doença aftosa oral recorrente e doença de Behçet em que o aumento de células T gamadelta apenas se relacionou com sintomas cutâneos. A reduzida dimensão da amostra e a idade pediátrica podem limitar a interpretação dos resultados. O repertório e os aspectos funcionais das células T gamadelta não foram analisados, o que poderia auxiliar na caracterização e explicação da imunopatogénese destas doenças.

PM-29

"CONTRACEÇÃO E MITOS" - RESULTADOS DE UM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO QUE ENVOLVEU ADOLESCENTES

Dalila Teixeira[1]; Paula Santos[2]

[1] UCSP de Matosinhos

[2] Saúde escolar da UCC de Matosinhos

A gravidez na adolescência e as infeções sexualmente transmissíveis continuam a gerar preocupações no âmbito da saúde pública. A associação destas problemáticas com o uso inadequado de métodos contracetivos é direta, impondo-se assim a necessidade de investigar o conhecimento dos adolescentes sobre tais métodos. É uma realidade que o jovem tem hoje acesso às mais diversas fontes de informação e desinformação a respeito deste tema. O conhecimento inadequado sobre qualquer método contracetivo pode, no entanto ser um fator de resistência á aceitabilidade e uso desse método. Pretende-se por isso avaliar a prevalência de mitos relacionados com a contraceção, no sentido de melhor identificar as necessidades educativas dos adolescentes e alertar para o facto de que quer os programas educativos, quer a abordagem da sexualidade no contexto da consulta medica/enfermagem deve não só contemplar informação relativa aos métodos contracetivos, mas também uma abordagem aos falsos conceitos comumente associados. Para atingir este objetivo foi aplicado um questionário, contendo 21 perguntas fechadas, do tipo verdade/falso a alunos que se encontram a frequentar o 9ºano de escolaridade, em escolas públicas de Matosinhos. O questionário foi desenvolvido especificamente para este estudo, tendo sido submetido a um pré-teste. Os resultados da pesquiza serão apresentados posteriormente.

PM-30

QUEM VAI À CONSULTA DE ATENDIMENTO JOVEM?

Ana Rodrigues Silva[1]; Gracinda Oliveira[2]; Marisol Castelo-Branco[1]; Amélia Cunha[1]; Maria Conceição Milheiro[1]

[1] UCSP Norton de Matos

[2] Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O absentismo dos jovens às consultas de vigilância de saúde é amplamente conhecido. De forma a obviar esse problema, algumas Unidades de Saúde criaram uma consulta aberta aos jovens, sem necessidade de marcação. O nosso objectivo foi avaliar e caracterizar a população que recorre a esta consulta.

Metodologia: Estudo transversal e descritivo das primeiras Consultas de Atendimento Jovem a adolescentes com <18 anos, numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários durante 3 anos. Foram avaliadas variáveis demográficas e psicossociais (através da análise das respostas ao questionário HEADSSS).

Resultados: No período analisado inscreveram-se pela primeira vez 137 jovens na consulta de atendimento jovem, dos quais 35 apresentavam idade <18 anos (média: 18; [14-18] anos). Eram do sexo feminino em 74%.

Os três principais motivos de primeira consulta foram: início de contracepção (43%), alterações menstruais (20%) e queixas musculo-esqueléticas (11%). Aproximadamente metade (48%) teve consultas subsequentes. Foram encontrados outros diagnósticos em 20%.

Na avaliação psico-social foi constatado que os adolescentes dormiam em média 7h por noite e que 28% praticava desporto. Verificou-se ainda que 28% apresentava consumos (maioritariamente tabaco) e que 74% já tinha iniciado actividade sexual. A idade média para o início da actividade sexual foi 15,5 anos e o número médio de parceiros foi 1,7 [1-5].

Conclusões: Os nossos resultados estão de acordo com os dados conhecidos para a população portuguesa. A maioria dos jovens procura o atendimento jovem para o início de contracepção, em consultas pontuais. A Consulta de Atendimento Jovem, sendo em horário alargado e aberta a qualquer jovem que pretenda inscrever-se, constitui um momento oportunista de avaliação, neste caso através do questionário HEADSSS. Devem ser direccionados esforços na formação dos cuidados de saúde primários e dos próprios jovens, para a não substituição da consulta de vigilância por uma consulta com objectivos dispares e para antecipação dos principais motivos de procura da mesma. Tendo em conta este último ponto é também crucial a manutenção e reforço da educação para a saúde reprodutiva junto da população-alvo.

PM-31

HEMANGIOMA CAPILAR TRATADO COM PROPANOLOL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Silva[1]; Catarina Paiva[1]; Madalena Monteiro[1]; Rui Castela[1]; Guilherme Castela[1]

[1] Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O hemangioma capilar é o tumor benigno orbitário mais frequente na infância, sendo geralmente superficial e unilateral, podendo também apresentar localização retroorbitária.

Apresenta uma fase de crescimento rápido entre os 6 – 12 meses e uma fase de involução espontânea de cerca 50% até aos 5 anos e 70% até aos 7 anos. O sexo feminino é mais frequentemente afectado.

O diagnóstico é sobretudo clínico, efectuado nas primeiras semanas de vida e até aos 6 meses de idade, normalmente assintomático, apresenta-se na forma superficial como uma formação avermelhada "morango-like", mole à palpação podendo manifestar-se na forma profunda sob a forma de proptose, alteração da conformação do globo ou anisometropia. A complicação oftalmológica mais devastadora relaciona-se com a sua capacidade de provocar ambliopia.

Até à data, várias modalidades de tratamento foram utilizadas: corticoesteróides tópicos, sistémicos ou intralesionais, radioterapia, interferão α-2a e α-2b, laser, excisão cirúrgica e actualmente propanolol sistémico.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de uma criança do sexo feminino, enviada à consulta de Oftalmologia pediátrica do C.H.U.C. devido a lesão congénita na pálpebra inferior esquerda. Sem antecedentes patológicos relevantes e desenvolvimento psico-motor adequado à idade.

Exame físico sistemático sem outras alterações relevantes. Ao exame oftalmlógico apresentava lesão angiomatosa da pálpebra inferior esquerda de coloração vermelha viva. Realizou RM das órbitas e cranio-encefálica que revelou lesão vascular compatível com hemangioma. Efetuou tratamento com propanolol 2mg/kg/dia oral, apresentando diminuição progressiva do tamanho da lesão que foi posteriormente excisada cirurgicamente. O resultado foi satisfatório, subsistindo hemangioma residual, mantendo terapeutica com propanolol e seguimento regular em consultas de oncologia e oftalmologia.

Discussão/ Conclusão: Apesar da incidência dos hemangiomas, o estadiamento e o tratamento continuam a ser alvo de controvérsia. A RMN é a modalidade de diagnóstico mais eficiente.

O objectivo do tratamento é a prevenção das complicações oftalmológicas bem como resolução de deformidades estéticas importantes. Os β-bloqueantes orais demonstraram ser altamente eficazes neste caso.

Uma abordagem multidisciplinar e uma observação frequente dos doentes durante a fase de crescimento torna-se essencial para uma óptima gestão do tratamento.

PM-32

SÍNDROME TEEBI-SHALTOUT – UM CASO RARO

Mónica Costeira[1]; Armandina Silva[1]; Ana Luísa Lobo[1]
[1] Centro Hospitalar Alto Ave

Introdução: A Síndrome de Teebi–Shaltout (TSS) é uma entidade clínica extremamente rara. Foi descrita pela primeira vez em 1989 por Teebi e Shaltout. Desde a primeira descrição foi publicado um artigo relatando quatro casos em 1993 e outro em 2013, relatando 3 casos. Todos os casos apresentavam pais consanguíneos. Pensa-se que a hereditariedade seja autossómica recessiva, não havendo gene causal identificado. As manifestações clínicas englobam várias anomalias craniofaciais, displasia ectodérmica, camptodactilia e apêndice caudal. A presença de alterações craniofaciais, orais/dentárias–ectodérmicas e esqueléticas são as características clínicas comuns a todos os indivíduos previamente diagnosticados com TSS.

Caso clínico: Adolescente de 12 anos, sexo feminino, encaminhada para a Consulta de Pediatria Geral, por volta dos 5 anos, por dismorfia craniofacial. Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, nomeadamente pais não consanguíneos. Referência a fácies semelhante à bisavó materna. Apresentava escafocefalia, hipertelorismo, proptose, ponte nasal bulbosa, palato alto e clinodactilia dos dedos mínimos. Cariótipo 46XX. Desenvolvimento psicomotor adequado. Aos 8 anos de idade, foi colocada a hipótese de diagnóstico provável de TSS, pela Genética Médica. Atualmente, a adolescente referida tem 12 anos e mantém seguimento na Consulta de Pediatria Geral no CHAA.

Discussão: A TSS é uma entidade clínica extremamente rara. As características fenotípicas anteriormente descritas podem estar presentes num grupo heterogéneo de doenças semelhantes à TSS, tanto geneticamente como fenotipicamente. Neste contexto, os autores pretendem dar conhecimento desta entidade e das suas características, de modo a sensibilizar para o diagnóstico diferencial perante uma criança com quadro clínico sugestivo desta síndrome. Pretendemos também alertar para a importância de um aconselhamento genético adequado e atempado às crianças e adolescentes com esta síndrome, dado o risco de recorrência na descendência.

PM-33

INFEÇÃO INVASIVA POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS: QUANDO UM AGENTE COMENSAL PODE SER PATOGÉNICO

Catarina Matos de Figueiredo[1]; Susana Pinto[1]; Anabela Bandeira[1]; Ana Ramos[1]; Fernando Guedes[2]; Lurdes Morais[1]
[1] Serviço de Pediatria, Departamento da Criança e Adolescente, Centro Hospitalar do Porto
[2] Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O Streptococcus intermedius, bactéria gram positiva, anaeróbia facultativa, é um comensal da cavidade oral e trato gastrointestinal. É co-agente de infeções polimicrobianas e supurativas, desde infeções minor a invasivas por aspiração ou bacteriemia com abcessos metastáticos de atingimento pulmonar, cerebral, hepático, renal e de tecidos moles.

Caso clínico: sexo masculino, 2 anos; pais consanguíneos; irmã falecida com quadro neurológico sem diagnóstico etiológico. Atraso do desenvolvimento psicomotor grave, síndrome tetrapiramidal de etiologia desconhecida, dificuldades alimentares com engasgamentos ocasionais e episódios de infeções respiratórias; com vacinação antipneumocócica 13 valente. Transferido do hospital da área de residência após internamento de 17 dias por pneumonia complicada, refractária a múltiplos ciclos de antibioterapia. À admissão apresentava febre, taquipneia, tiragem, macicez e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído à direita. Ecografia torácica identificou derrame pleural de médio volume; realizada toracocentese com drenagem de líquido purulento com cheiro fétido, colocado dreno torácico e instilado fibrinolítico. No líquido pleural foram identificados S. intermedius e S. pneumoniae. Completou 28 dias de clindamicina e 7 dias de ciprofloxacina, com evolução favorável.

Discussão: Este caso descreve uma situação incomum de patogenicidade de um agente habitualmente comensal, demonstrando as suas particularidades, como a tendência para infeções supurativas, polimicrobianas e potencialmente invasivas. Nestes quadros clínicos, o isolamento de S. intermedius deve ser valorizado, implicando terapêutica específica. No doente descrito, com doença neurológica e ausência de outras fontes de infeção, como cáries ou abcessos, a etiologia aspirativa parece ser a mais provável.

PM-34

HEMOCULTURAS POSITIVAS NUM SERVIÇO DE PEDIATRIA: 2003-2012 (10 ANOS)

Carla Garcez[1]; Vera Baptista[1]; Liliana Abreu[1]; Ariana Afonso[1]; Alexandra Estrada[2]; Manuela Costa Alves[1]

[1] Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

[2] Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Braga

Introdução: Em situações clínicas selecionadas é aconselhada investigação complementar da criança com febre, incluindo realização de hemocultura (HC). A monitorização destes dados permite um conhecimento adicional sobre a evolução epidemiológica e microbiológica dos germens em causa. Pretende-se analisar as HC positivas por bactérias patogénicas num Serviço de Pediatria (SP).

Metodologia: Estudo retrospetivo de dados microbiológicos e clínicos referentes às bactérias patogénicas isoladas nas HC colhidas em crianças com idade entre 1 mês e 17 anos, admitidas num SP, entre 2003 e 2012.

Resultados: No período analisado foram colhidas 7641 HC (média 764/ano), com média anual de 109 HC positivas por bactérias contaminantes (14,2%) e 16 por bactérias potencialmente patogénicas (BPP) (2,1%). No total isolaram-se 158 BPP, sendo as mais frequentes: Staphylococcus aureus (46;29,1%), Streptococcus pneumoniae (44;27,8%), Escherichia coli (16;10,1%), Enterococcus faecalis (13;8,2%), Neisseria meningitidis (9;5,7%), Streptococcus pyogenes (9;5,7%) e Moraxella catarrhalis (8;5,1%). Nenhuma N. meningitidis era resistente à ampicilina, quatro S. pneumoniae tinham resistência intermédia à penicilina e quatro S. aureus tinham resistência à meticilina.

Em 67% dos casos de HC positivas por BPP a idade foi inferior a 36 meses. Os diagnósticos mais relevantes foram: bacteriémia, pneumonia, sépsis, meningite e pielonefrite. Faleceu uma criança devido a choque sético (S. pneumoniae).

Conclusão: O número de HC colhidas, HC positivas por BPP e a taxa de contaminação mantiveram-se constantes no período analisado. A taxa de contaminação foi elevada. Verificou-se diminuição da incidência da N. meningitidis após 2005 e do S. pneumoniae após 2007. As suscetibilidades das diferentes bactérias patogénicas aos antimicrobianos mantiveram-se estáveis. Enfatiza-se a importância epidemiológica e clínica da monitorização de dados microbiológicos.

PM-35

OLHAR COM OLHOS DE VER

Carlos Pedro Mendes[1]; Ana Luís Pereira[1]; Ana Pinheiro Torres[1]; Beatriz Soares[1]; Célia Silva[2]

[1] USF Salvador Machado, ACES Entre Douro e Vouga I

[2] USF Famílias, ACES Entre Douro e Vouga II

Introdução: A abordagem das situações agudas em idade pediátrica tem características e necessidades específicas e, por isso, a detecção rápida e precoce dos sinais de alarme numa criança doente exige prática, atenção e sensibilidade. O facto de muitas vezes as queixas serem reportadas por um adulto e não pela própria criança acrescenta subjetividade e aumenta a dificuldade na avaliação.

Caso clínico: LYSMC, sexo feminino, 5 anos. Família nuclear, fase III do Ciclo de Vida Familiar de Duvall, classe social média baixa de Graffar. Sem antecedentes pessoais de relevo (parto eutócico às 40 semanas, bom desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor), sem medicação crónica. Os pais recorreram à consulta aberta por nesse dia terem sido contactados por parte do infantário por recusa da criança em descer as escadas porque "tinha medo de cair". Da anamnese destaca-se episódios recorrentes de cefaleias com 2 semanas de evolução de predomínio frontal e vespertinas, não associadas a despertares nocturnos, sendo referida alguma irritabilidade durante os episódios. Sem alterações do comportamento (manteve frequência no infantário). Durante este período há agravamento das queixas (tanto em frequência como em severidade) e na última semana teve episódios esporádicos de vómitos sem horário preferencial. Apesar da pouca colaboração da criança, ao exame neurológico foi possível observar: oculomotricidade preservada, sem nistagmo, reflexo pupilar e consensual diminuídos, hipovisão sobretudo no olho direito, capacidade de identificar objetos com o olho esquerdo mas não com o olho direito, sem assimetrias da face, protusão simétrica da língua, elevação do palato simétrica. Tendo em conta as alterações encontradas a criança foi referenciada ao SU do CHEDV, tendo sido posteriormente reencaminhada para o Hospital Geral de Santo António, onde esteve internada durante 7 dias por encefalomielite disseminada aguda.

Discussão: Uma grande percentagem das situações agudas em idade pediátrica são auto-limitadas e passíveis de resolver nos cuidados de saúde primários. Muitas vezes existe dificuldade em atribuir importância a sintomas vagos, inespecíficos e descritos por outra pessoa que não o doente. Este caso clínico surge nesse contexto, pretendendo demonstrar a importância de uma boa anamnese e exame físico, uma vez que por detrás de uma queixa aparentemente simples e possivelmente benigna pode estar algo mais complexo.

PM-36
ENCEFALITE AUTO-IMUNE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Jorge Abreu Ferreira[1]; Sara Peixoto[1]; Cristina Cândido[1]; Inês Carrilho[2]; Eurico J. Gaspar[1]

[1] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

[2] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Originalmente identificada como um síndrome paraneoplásico associado a teratoma do ovário, a encefalite por anticorpos anti-N-metil-D-aspartato (anti-NMDAR) é um tipo de encefalite auto-imune, cada vez mais descrita em Pediatria, que pela sua variabilidade sintomática pode ser de difícil diagnóstico.

Caso clínico: Menina de 6 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência do hospital da área de residência por episódio de movimentos anormais de extensão do pé e halux direitos, com duração de 15 minutos e recusa da posição ortostática por medo de queda. Apresenta-se com discurso adequado, movimentos distónicos do pé direito (inversão e rotação interna, com extensão intermitente do hálux – ver vídeo) e do membro superior direito, diminuição da força muscular no hemicorpo direito e dismetria na prova dedo-nariz. Realizou estudo analítico com função tiroideia, autoimunidade, imunoglobulinas e serologias víricas que se revelou sem alterações. Fez EEG, RMN cerebral e ecocardiograma que foram normais. Manteve a sintomatologia, com agravamento da sua amplitude e número de episódios, iniciando valproato em D5 de internamento, com discreta melhoria.

Teve alta em D6 orientada à consulta de neuropediatria de hospital de referência, apresentando-se na consulta com movimentos rítmicos de flexão cefálica, axial e apendicular tipo mioclonias, posturas distónicas dos quatro membros e ocasionais movimentos coreico-atetósicos, com incapacidade para a marcha. Foi internada, iniciando clonazepam, com melhoria das mioclonias mantendo o restante quadro. A investigação revelou anticorpos anti-NMDAR no liquor e soro, conduzindo ao diagnóstico de encefalite por anticorpos anti-NMDAR. Cumpriu terapêutica com corticoterapia, imunoglobulina ev, com melhoria gradual, mantendo distonia dos pés com necessidade de apoio para a marcha. Apresentou durante internamento alteração de comportamento com episódios de pânico, melhorando com risperidona. Teve alta em D14, orientada para hospital da área de residência para continuação de cuidados, mantendo consulta de neuropediatria.

Comentários: A encefalite por anticorpos anti-NMDAR deve ser considerada no diagnóstico diferencial das encefalites, principalmente quando está presente doença do movimento e alterações comportamentais. Por ser potencialmente tratável e ocasionalmente ser o primeiro indicador de neoplasia oculta, o seu diagnóstico e tratamento imediatos são de extrema importância.

PM-37
QUANDO O DIAGNÓSTICO NÃO É LINEAR...

Nádia M. Guimarães[1]; Ivete Afonso[1]; Mariana Martins[1]; Marco Pereira[1]; M. Eduarda Cruz[1]

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

Introdução: A doença de Kawasaki (DK) é uma doença aguda febril da infância, caraterizada por uma vasculite das artérias de médio calibre, com atingimento preferencial das coronárias. A febre, com pelo menos 5 dias de evolução, faz parte dos critérios de diagnóstico da grande maioria das normas de orientação.

Caso Clínico: Criança do sexo masculino com 5 anos, antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Quadro com 10 dias de evolução de tumefação cervical esquerda, odinofagia e sialorreia. Pico febril isolado no 2º dia de doença. Posteriormente, aparecimento exantema macular nas extremidades, hiperémia conjuntival, queilite, dor e edema nos pés, língua em framboesa e pequenas hemorragias ungueais. Estudo analítico com leucocitose, trombocitose, aumento da VS e PCR; ecocardiograma sem alterações. Cumpriu terapêutica com imunoglobulina EV e ácido acetilsalicílico (AAS) com evolução clínica favorável, resolução das alterações analíticas e sem alterações cardíacas de novo.

Discussão: Os critérios de diagnóstico da DK englobam, para além da febre, pelo menos 4 de 5 critérios ou 4 na presença de aneurisma coronário, sendo estes hiperémia conjuntival bilateral não exsudativa, atingimento orofaríngeo, eritema e/ou edema duro das mãos e pés, exantema polimorfo e adenopatia cervical unilateral igual ou superior a 1,5cm. Existem, no entanto, formas incompletas ou atípicas que não cumprem todos os critérios, devendo ser reconhecidas e tratadas. Os exames auxiliares de diagnóstico não possuem achados patognomónicos, caraterizando-se elevação dos parâmetros inflamatórios, da contagem plaquetária, transaminases, bem como anemia normocítica normocrómica. O ecocardiograma pode estar normal numa fase precoce da doença. O tratamento baseia-se no repouso, administração precoce de imunoglobulina EV e AAS até normalização da contagem plaquetária ou das alterações coronárias. O prognóstico depende exclusivamente da presença e severidade as lesões coronárias, sendo a incidência de patologia coronária de apenas 2-4% nos doentes tratados, pelo que um diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais. Os autores apresentam este caso pela sua particularidade de apresentação incompleta, em que o elevado índice de suspeita levou uma atuação precoce, evitando possíveis complicações cardíacas e permitindo assim um desfecho favorável.

PM-38

PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO

Ângela Pereira[1]; Catarina Faria[1]; Susana Carvalho[1]; Teresa Pontes[1]; Ana Antunes[1]; Henedina Antunes[1]; Sofia Martins[1]

[1] Unidade de Adolescentes, Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

O pneumomediastino espontâneo carateriza-se pela presença de ar livre nas estruturas mediastínicas, sem causa evidente. Esta entidade clínica é rara e deve ser suspeitada pela apresentação clínica: dor torácica, dispneia e enfisema subcutâneo. A intensidade dos sintomas dependerá da quantidade de ar livre nos espaços mediastinais.

Adolescente de 17 anos, longilíneo, fumador ocasional (sem história de trauma nem patologia pulmonar), recorreu ao Serviço de Urgência por episódio súbito de dor torácica retroesternal intensa, agravada com a inspiração e o decúbito, e cervical, acompanhada por dispneia ligeira. Referência a acessos de tosse seca violenta na noite anterior à admissão. Na observação, apresentava enfisema subcutâneo supraclavicular. A telerradiografia (Rx) postero-anterior do tórax mostrava discreta lâmina de ar envolvendo a silhueta cardíaca e enfisema subcutâneo; no perfil evidenciava-se a presença de ar retroesternal. Ficou internado por pneumomediastino espontâneo, com tratamento conservador. Os sintomas desapareceram em 8 dias, bem como a imagem radiológica. Foi realizada investigação com ecocardiograma, electrocardiograma e enzimas cardíacas (normais) e, posteriormente, tomografia computorizada (TC) de tórax para exclusão de patologia pulmonar subjacente, que não mostrou outras alterações. Da investigação etiológica, apresentava IgM Mycoplasma pneumoniae positiva, discutindo-se o papel da infeção por este agente na etiologia da doença.

O objetivo desta apresentação é recordar a fisiopatologia e semiologia do pneumomediastino espontâneo e a importância da suspeição clínica no seu diagnóstico. Pensamos ser uma entidade pouco reconhecida, provavelmente sub-diagnosticada quando as queixas são mais frustres. A dor torácica, apesar de inespecífica, é o sintoma mais frequentemente implicado e o enfisema subcutâneo é altamente sugestivo de pneumomediastino. A confirmação diagnóstica por Rx tórax é geralmente suficiente e a TC deve ser reservada para os casos duvidosos ou na suspeita de doença pulmonar subjacente. O tratamento é conservador e a maioria recupera sem sequelas, com probabilidade baixa de recorrência. Da revisão da literatura, os casos descritos de associação da infeção por Mycoplasma pneumoniae ao pneumomediastino são muito raros. O tabagismo pode também funcionar como adjuvante e é uma adição neste adolescente; foi aconselhado a não fumar e, caso este hábito se mantenha, será proposto para consulta de cessação tabágica.

PM-39

TORÇÃO DE UM BAÇO ECTÓPICO

Ana Coelho[1]; Catarina Sousa[1]; João Ribeiro-Castro[1]; Fátima Carvalho[1]

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

Introdução: O baço ectópico é uma entidade rara. Cerca de metade dos casos pediátricos apresentam-se sob a forma de abdómen agudo. Na avaliação da criança com dor abdominal aguda é importante ter presente esta possibilidade de diagnóstico.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um adolescente de 15 anos com abdómen agudo, diagnosticado com torção de baço ectópico. Por enfarte esplénico e trombose dos vasos esplénicos, foi submetido a esplenectomia total.

Discussão: O baço ectópico tem uma apresentação clínica muito variada e pouco específica, sendo difícil de diagnosticar. No entanto, o diagnóstico precoce de torção de baço ectópico é importante para evitar complicações. O tratamento é cirúrgico, com o objectivo de preservar o baço, sempre que possível.

PM-40
UM BEBÉ ÀS MANCHAS

Célia Silva[1]; Carlos Pedro Mendes[2]
[1] USF Famílias, ACES Entre Douro e Vouga I
[2] USF Salvador Machado, ACES Entre Douro e Vouga II

Introdução: A mancha mongólica, também conhecida por melanocitose dérmica congénita, trata-se de uma macula congénita de coloração azul-acinzentada, com forma e tamanho variável, resultante de uma anormal migração dos melanócitos, que se agregam na derme. A localização habitual é na região sacrococcígea, contudo pode ter localizações atípicas como o dorso e mais raramente os membros. Surge apenas em cerca de 10% dos recém-nascidos caucasianos mas pode atingir cerca de 80% dos negros e asiáticos.

Caso clínico: Lactente do sexo masculino, gravidez vigiada sem intercorrências, mãe de 28 anos G1P0 e pai de 28 anos, ambos saudáveis e sem história de consanguinidade; parto por cesariana às 37 semanas após rotura de membranas por indicação ortopédica da mãe. O Apgar foi de 9 e 10, respetivamente ao primeiro e quinto minuto. O peso de nascimento foi de 2850g e 46 cm, tendo o período neonatal decorrido sem intercorrências.

Ao exame objectivo da pele apresentava mancha mongólica a ocupar toda a região lombo-sagrada e nos membros inferiores várias manchas de coloração sobreponível à mancha referida de diferentes tamanhos (entre 1 a 3 cm) e localizações, bem como no dorso da mão direita (cerca de 1 cm). A coloração das diferentes manchas era semelhante, apresentando-se macular sem qualquer textura aberrante da pele.

O restante exame objectivo afigurou-se normal, nomeadamente ao exame neurológico e dermatológico.

Nas consultas de rotina subsequentes, verificou-se um crescimento das manchas consentâneo com o crescimento do lactente, agora com 5 meses, e um bom desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor.

Discussão: O conhecimento das variantes do normal é fundamental na prática clínica do Médico de Família, nomeadamente na consulta de saúde infantil. Esta coloração atípica da pele surge com relativa frequência na nossa população e apesar de não causar estranheza na localização habitual, ao surgir em locais atípicos pode alertar para outro tipo de patologias associadas, bem como se não for vista logo ao nascimento alertar para maus-tratos. Assim, o seguimento e acompanhamento da evolução da criança torna-se fundamental para a avaliação da evolução desta pigmentação, que habitualmente regride na primeira infância, podendo persistir até à idade adulta, sobretudo se for múltipla.

PM-41
ALERGIA ALIMENTAR – A PROPÓSITO DE UM RELATO DE CASO

Joana Lourenço[1]; António Serrano[1]; Lúcia Torres[2]; Diogo Costa[3]; Olga Oliveira[3]; Rui Tiago Cardoso[4]; André Moreira[4]
[1] USF Pedras Rubras
[2] USF Rebordosa
[3] USF Viver Mais
[4] UCSP Carvalhosa

Introdução: As reações alérgicas afetam mais de 22% de crianças em toda a Europa, tendo se verificado um aumento das reações alérgicas graves, primariamente causadas por alergias a alimentos. A prevalência da anafilaxia triplicou entre 1997 e 2008, o que atendendo à sua gravidade, tem motivado campanhas de educação, à escala mundial, junto dos utentes e de divulgação a nível dos profissionais de saúde. O objetivo é uma abordagem precoce e efetiva, na orientação de diagnóstico e tratamento, entre as diferentes especialidades médicas, Médicos de Família, Pediatras e Imunoalergologistas. A DGS publicou em 2011 uma norma sobre prescrição dos exames laboratoriais na Avaliação da Doença Alérgica e em 2012 publicou uma norma sobre abordagem da anafilaxia, assim como um documento relativo ao procedimento de notificação das reações adversas-Catálogo Português de Alergias e outras Reações Adversas (CPARA). Disponibilizou igualmente um manual para a educação do doente alérgico relativamente às medidas de evicção alimentar.

Caso clínico: Lactente de 4 meses, sexo masculino, gestação de 40 semanas vigiada e período neonatal sem intercorrências, sem antecedentes patológicos pessoais ou familiares de relevo, a fazer aleitamento materno com boa tolerância.

Iniciou leite adaptado aos 3 meses tendo, imediatamente após a primeira ingestão, desenvolvido eritema peribucal, que evoluiu para estridor e urticária generalizada.

Á entrada no SU do Hospital de referência, apresentava-se com dificuldade respiratória, palidez e cianose facial, portanto, clinicamente uma reação de tipo anafilático.

Estabilizado após administração de adrenalina IM, corticoterapia ev, anti-histamínico ev e O2 suplementar, foi posteriormente encaminhado para consulta de Imunoalergologia Pediátrica, onde mantém seguimento.

Discussão: O Médico Assistente assume um papel fundamental no diagnóstico precoce, prevenção e tratamento destes quadros clínicos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Uma história clínica detalhada, a identificação de possíveis causas de alergia, realização criteriosa de exames complementares de diagnóstico e a referenciação atempada para a especialidade de Imunoalergologia, constituem a base da abordagem das doenças do foro imunoalérgico.

PM-42

TRISOMY X SYNDROME (47,XXX) PREVENTIVE MANAGEMENT IN PEDIATRIC AGE: CASE REPORT

Saraiva T[1]; Oliveira FP[2]; Oliva Teles N[2]; Fonseca e Silva ML[2]; Fortuna AM[1]

[1] Centro de Genética Médica, Centro Hospitalar do Porto

[2] Unidade de Citogenética, Centro Hospitalar do Porto

Introduction: Trisomy X is a sex chromosome aneuploidy caused by the presence of an extra X chromosome in females (47,XXX). It is the most common female chromosomal abnormality, occurring in approximately 1 in 1,000 births. The cause for this chromosomal abnormality is a nondisjunction occurring during the meiotic period and it is connected to advanced maternal age.

Because of the mild and variable phenotypic expression of this condition, only 10% of individuals are diagnosed. The most common features are: tall stature, hypotonia and minor physical findings. As a group, children with this syndrome may have motor and speech delays, with an increased risk of cognitive deficits and learning disabilities. Seizures, renal abnormalities, congenital heart defects, premature ovarian failure, psychological disorders (anxiety, depression and psychotic disorders) and behavioral problems (immaturity and impaired psychosocial adaptation) have also been reported.

Case report and results: We describe a girl aged five with trisomy X syndrome referred for our Medical Genetics Centre for the confirmation of 47,XXX, previously diagnosed in prenatal amniocentesis due to advanced maternal age. She presents with tall stature, hypotonia in the first years and some social-emotional difficulties. Motor and speech delay has not been reported. Karyotype analysis of peripheral blood confirmed the trisomy X.

Conclusion: Karyotype analysis of peripheral blood is the most standard test used to make the diagnosis of Triple X. It is recommended that patients identified in prenatal diagnosis confirm results after birth.

Infants and children should undergo evaluation for both psychological and medical features of this disorder. Renal ultrasound, cardiac evaluation, ophthalmological investigation and EEG might be indicated. These patients should also be followed closely for developmental delay so that early intervention therapies may be adequately implemented. Pubertal development is normal in the majority of patients. However, adolescents presenting with late menarche/menstrual irregularities should be evaluated by Endocrinology. Autoimmune (e.g., thyroid) abnormalities should also be considered.

The prognosis is variable, depending on severity of manifestations and quality/timing of treatment. Genetic counseling is recommended, with families being informed about the sporadic nature of the chromosome anomaly, the wide variability in phenotype, and low risk of recurrence (<1-5%).

PM-43

ICTERÍCIA COLESTÁTICA – DA COMPLICAÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE ANEMIA HEMOLÍTICA

Isabel Nunes[1]; Isabel Couto Guerra[2]; Emília Costa[2]; Esmeralda Cleto[2]

[1] Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

[2] Unidade de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A hiperbilirrubinemia conjugada pode ser causada por um amplo espectro de patologias, sendo a obstrução litiásica uma das mais frequentes. Na faixa etária pediátrica a identificação de litíase implica a pesquisa de hemólise crónica.

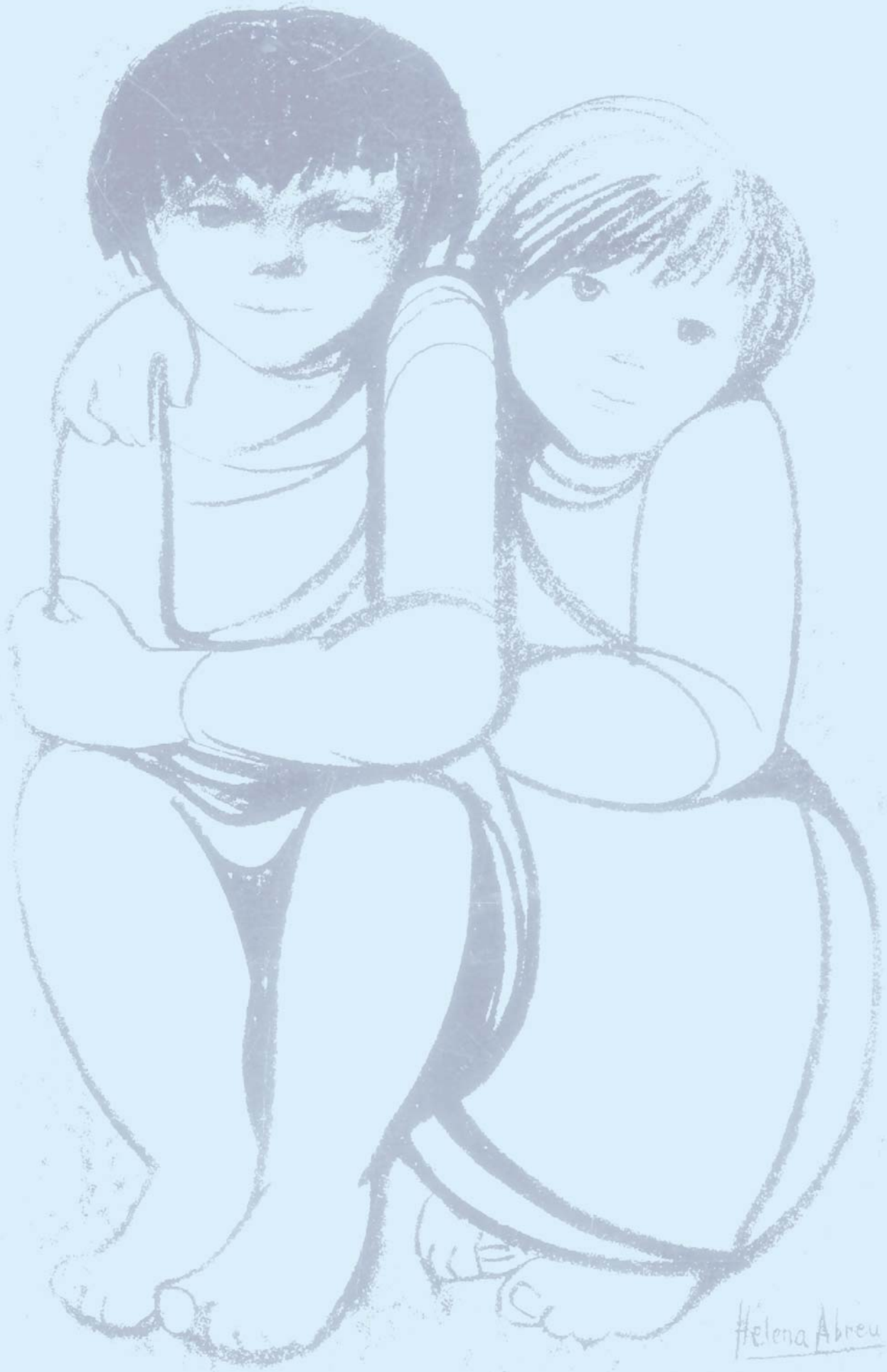
Caso clínico: Criança com 8 anos, sexo feminino, com antecedentes de icterícia neonatal nas primeiras 24h, sem diagnóstico etiológico. Antecedentes familiares irrelevantes.

Internada por icterícia, associada a dor abdominal e colúria. Referência a episódios transitórios de icterícia, nos seis meses prévios, não valorizados pelos pais e sem aparente relação com intercorrências infecciosas ou fármacos. Ao exame objectivo constatada icterícia, com dor à palpação do quadrante superior direito e baço palpável 8cm. Analiticamente apresentava hiperbilirrubinemia, à custa da directa (BT 33,4mg/dl e BD 24.6mg/dl), com aumento das transaminases (TGP 492U/L e TGO 415U/L). O hemograma revelou anemia (Hb 9.7g/dl), normocítica, normocrómica, com aumento do RDW (26.8%). A ecografia abdominal identificou litíase vesicular, sem dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas, e confirmou a esplenomegalia (14cm).

Perante a presença de litiase vesicular, associada a esplenomegalia e anemia, normocítica normocrómica, com RDW aumentado, foi colocada a hipótese de anemia hemolítica crónica. O estudo etiológico identificou reticulocitose marcada (567000/ul), com presença de anisocitose e numerosos esferócitos no sangue periférico. Realizou fragilidade osmótica com e sem incubação, ambos aumentados, o que confirmou o diagnóstico de esferocitose hereditária.

Por agravamento clínico realizou colecistectomia, com evolução clínica posterior favorável. Após a alta manteve orientação por Hematologia Pediátrica.

Discussão: A esferocitose hereditária é a anemia hemolítica mais comum. Em 75% dos casos a transmissão é autossómica dominante, sendo que nos restantes ocorre uma transmissão autossómica recessiva ou mutações de novo. A tríade clínica mais característica é anemia, icterícia por hiperbilirrubinemia indirecta e esplenomegalia. A presença de hemólise crónica aumenta o risco de litiase vesicular, que pode complicar com icterícia colestática. Apesar desta última não ser uma manifestação inicial frequente da patologia da membrana do eritrócito, esta hipótese deve ser equacionada, mesmo em crianças sem doença prévia identificada e sem história familiar de patologia hematológica.


Helena Abreu

Índice de Autores

Abreu Ferreira J PM-36
Abreu L PM-34
Afonso A PM-34
Afonso I PM-12, PM-37
Aires Pereira R CO-17, PM-13
Almeida A CO-9
Andrade P PM-22
Antunes H PM-38
Araújo AR CO-19
Azevedo I PM-13
Azevedo N PM-28
Bagueixa M PM-6, PM-7
Bandeira A PM-2; PM-33
Banquart Leitão J PM-8, PM-9, PM-10, PM-11
Baptista V PM-34
Barbot J PM-1
Bianchi Aguiar B; PM-15, PM-16, PM-21, PM-23, PM-26, CO-11
Borges T CO-14
Cândido C PM-36
Cardoso H CO-14
Cardoso J PM-14
Cardoso RT PM-41
Carneiro A PM-18
Carrapato MRG PM-21
Carrilho I PM-36
Carvalho F CO-8, CO-13, PM-8, PM-9, PM-10, PM-11, PM-39
Carvalho P PM-17, PM-18
Carvalho S CO-1
Carvalho S PM-38
Castela G PM-31
Castela R CO-18; PM-31
Castelo-Branco M PM-30
Castro Henriques CO-5
Cleto E PM-43
Coelho A CO-8, CO-13, PM-8, PM-9, PM-10, PM-11, PM-16, PM-39
Coelho M CO-8, PM-2, PM-3
Correia N CO-11, PM-16, PM-23
Correia R PM-27
Costa Alves M PM-34
Costa D PM-41
Costa E PM-43
Costa J CO-16
Costa M CO-11, PM-5, PM-15, PM-16, PM-21, PM-23, PM-26
Costa T CO-5
Costeira M PM-19, PM-20; PM-32
Couto C CO-2
Couto Guerra I PM-43
Cruz E PM-12; PM-37
Cunha A PM-30
Diallo F CO-6
Dias I CO-12
Dias Leite S CO-10, PM-4, PM-22
Dias S PM-28
Estrada A PM-34
Faria C PM-38
Fernandes L CO-12
Fernandes M PM-25
Fernandes T PM-12
Ferreira A CO-6; CO-7
Ferreira AM PM-21
Ferreira I PM-28
Ferreira M CO-12
Ferreira Silva A CO-19
Ferreira Sousa JA CO-13
Figueiredo S PM-17
Fonseca e Silva ML PM-42
Fortuna AM CO-15; PM-42
Freitas AC PM-28
Garcez C PM-34
Garrido C CO-3, PM-2
Gaspar E PM-36
Gil P CO-16, CO-18
Gomes L CO-11, PM-15, PM-16, PM-21, PM-23, PM-26
Guedes F PM-33
Guedes M CO-4; PM-28
Guerra I PM-3
Guimarães J PM-28
Guimarães N; PM-12, PM-37
Lavrador V; CO-8
Leite da Cunha A PM-14
Leite F CO-2
Lobo AL PM-31
Lopes L PM-14
Lopes Santos J CO-13
Lopes T CO-1
Lourenço J PM-41
Macedo J PM-19
Maciel I PM-17
Madureira N CO-12
Maia C CO-1
Maia C CO-17
Magalhães C CO-3
Magano R CO-6
Marques E PM-15, PM-16
Marques JP CO-16, CO-18
Martins C CO-10, PM-4, PM-22
Martins C CO-1
Martins E PM-2
Martins M PM-37
Martins S PM-38
Martins V PM-4, CO-10
Matos de Figueiredo C PM-33
Matos Martins M PM-12, PM-13, PM-14
Matos P CO-5
Mendes C CO-5
Mendes CP PM-35, PM-40
Mesquita T CO-16
Miguel N PM-1
Milheiro MC PM-30
Miranda C CO-4
Miranda S PM-27
Monteiro C CO-4
Monteiro M CO-18; PM-31
Monteiro V PM-21
Morais L CO-8, PM-3; PM-33
Moreira AR CO-1
Moreira A PM-41
Mota C CO-5
Nascimento J CO-4, CO-5
Neto J PM-19, PM-20
Neves E PM-28
Oliva Teles N PM-42
Oliva T CO-2
Oliveira FP PM-42
Oliveira G PM-30
Oliveira L CO-5
Oliveira MJ CO-14
Oliveira S PM-5
Oliveira T PM-25
Paiva C CO-16, CO-18; PM-31
Páscoa R CO-17
Peixoto S PM-36
Perdigão S PM-17
Pereira A PM-21, PM-35
Pereira A PM-38
Pereira C PM-6
Pereira I PM-25
Pereira J CO-8

Pereira M PM-37
Pinheiro Almeida S PM-24
Pinheiro M CO-19
Pinheiro Torres A PM-35
Pinto A CO-2
Pinto A CO-4
Pinto S PM-33
Pontes T PM-38
Popik E CO-9, PM-3
Preto C CO-6, CO-7, PM-1
Quade M CO-6
Quadrado Gil J CO-16
Quaresma M PM-22
Quelhas J PM-14
Ramos A PM-33
Raposo F CO-14
Recaman M PM-9
Reis Morais M CO-3
Ribeiro-Castro J PO20, PM-8, PM-10, PM-39
Rocha C PM-23
Rocha E CO-11, PM-5, PM-16, PM-23
Rodrigues A CO-11, PM-5, PM-15
Rodrigues H PM-17
Rodrigues Silva A PM-30
Sá A PM-4, PM-22
Sá Couto H PM-14
Sameiro Faria M CO-5
Santos P PM-29
Santos S PM-21, PM-26
Saraiva T CO-15, PM-42
Serrano A PM-41
Serra Nunes I CO-2; PM-43
Silva A PM-31
Silva A PM-20; PM-32
Silva C PM-35, PM-40
Silva Sá A PO23
Soares B PM-35
Soares G CO-15
Soares S PO19
Sousa C PO20; CO-2, CO-13, PM-8, PM-9, PM-10, PM-11, PM-39
Sousa D PM-19
Sousa Macedo C CO-10
Sousa S CO-10, PM-4
Teixeira C PM-3
Teixeira D PM-29
Temudo T CO-3
Tkachenko N CO-15
Torres L PM-41
Trigueiros N PM-12
Vasconcelos J PM-28
Vaz M CO-7
Vicente J CO-6
Vieira C CO-1
Zilhão C CO-4, PM-3, PM-28

ademi

Associação para o Desenvolvimento e Ensino Materno Infantil

REUNIÕES PROGRAMADAS JANEIRO – MARÇO 2015

Tórax e Imagem:

- Radiografia torácica: normal e patológico
- Ecografia torácica
- Tomografia axial: quando e como?
- RMN torácica: indicações
- Casos clínicos: sessão interativa

Porto, 16 de Janeiro de 2015
Instituto de Genética Médica Jacinto de Magalhães

ORGANIZAÇÃO:
Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria do CMIN
Especialistas convidados: Filipe Macedo (SMIC-Porto), Ana Beatriz Ramos (Serviço de Radiologia, CHP)

Programa

14h00	Abertura do secretariado
14h30	A Radiologia na Pneumologia Pediátrica
	Radiografia torácica: normal e patológico
	Ecografia torácica
	Tomografia axial: quando e como?
	RMN torácica: indicações
16h00	Café
16h30	Casos clínicos: Sessão Interativa
18h30	Encerramento

Patrocínio Científico:
Sociedade de Pneumologia Pediátrica da SPP

Secretariado/Inscrições:
secretariado@ademi.pt
www.ademi.pt

CMIN ademi

XLIV Conferências de Genética
Doutor Jacinto Magalhães

20 FEVEREIRO DE 2015

" A DOENÇA RARA NO ADULTO "

CGM
Centro de Genética Médica
Doutor Jacinto Magalhães

Submissão de resumos até 31 de Janeiro de 2015

ORGANIZAÇÃO
Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães | Centro Hospitalar do Porto

INFORMAÇÕES http://www.confgenetjacintomagalhaes.org/

I CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA PARA PEDIATRAS E NEONATOLOGISTAS

PORTO, 5 E 6 DE MARÇO 2015

Organização
Serviço de Cardiologia Pediatrica do CHP
Serviço de Cardiologia Pediatrica do CHSJ
ADEMI

I CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA PARA PEDIATRAS E NEONATOLOGISTAS

Programa
5 Março 2015

9. 00. Abertura
9.15.Ecocardiografia: principios básicos e abordagem diagnóstica das cardiopatias.
9h15. Principios básicos1: ecógrafo , sondas ultrassons. Como obter a imagen e como melhorá-la
9h45. Principios básicos 2. Planos básicos: o que ver em cada plano? Função ventricular, derrame pericárdico
10h 25- Análise sequencial
10h 45 . Café
11h15.Utilidade do Doppler/cor na avaliação dos fluxos valvulares e pressão pulmonar
11h45. Normal ou anormal? Casos práticos
12h15. Ecocardiografia neonatal: hipertensão pulmonar, foramen oval, canal arterial do prematuro, coartação da aorta
12h45 Cardiopatias no RN: abordagem diagnóstica e terapéutica
13h. 05- Trasporte do RN com CC
13h30. Almoço
14h30 -18h30 – aulas práticas

6 Março 2015

9h-00 . Bases teóricas do ECG
ECG normal na criança: ritmo, cálculo de frequência, eixo e duração do QT
Critérios de hipertrofia de cavidades.
10h. Arritmias mais frequentes na criança: Extrassístoles, bloqueios AV e de ramo, taquicardias de QRS estreito, taquicardias de QRS largo
11h15. Café
11h -45 Síndromes de pre excitação: diagnostico e orientação-
12h15- Dor precordial
12h45 Sincope-
13h15 -Almoço
14h30 - casos práticos ECG (60 minutos)
15h30 – casos práticos ECO (60 minutos)
17h. Encerramento

Para mais informações poderá consultar www.ademi.pt

XXVI Reunião Anual de Pediatria

Centro Materno Infantil do Norte - CHP

Auditório Prof. Doutor Alexandre Moreira do CHP

28 e 29 de Novembro de 2014

Nascer e Crescer

Do sintoma ao diagnóstico – Patologia digestiva, pulmonar e hematológica

Sessão interativa: Adenopatias, Síncope, Dor abdominal

Infecção bacteriana perinatal

Distúrbios do sono

Inscrições e submissão de resumos em **www.ademi.pt**

Secretariado:

. ADEMI

. secretariado@ademi.pt

. 914 508 158

Organização:

CMIN CENTRO MATERNO INFANTIL DO NORTE

centro hospitalar do Porto

ademi

Mais informação: