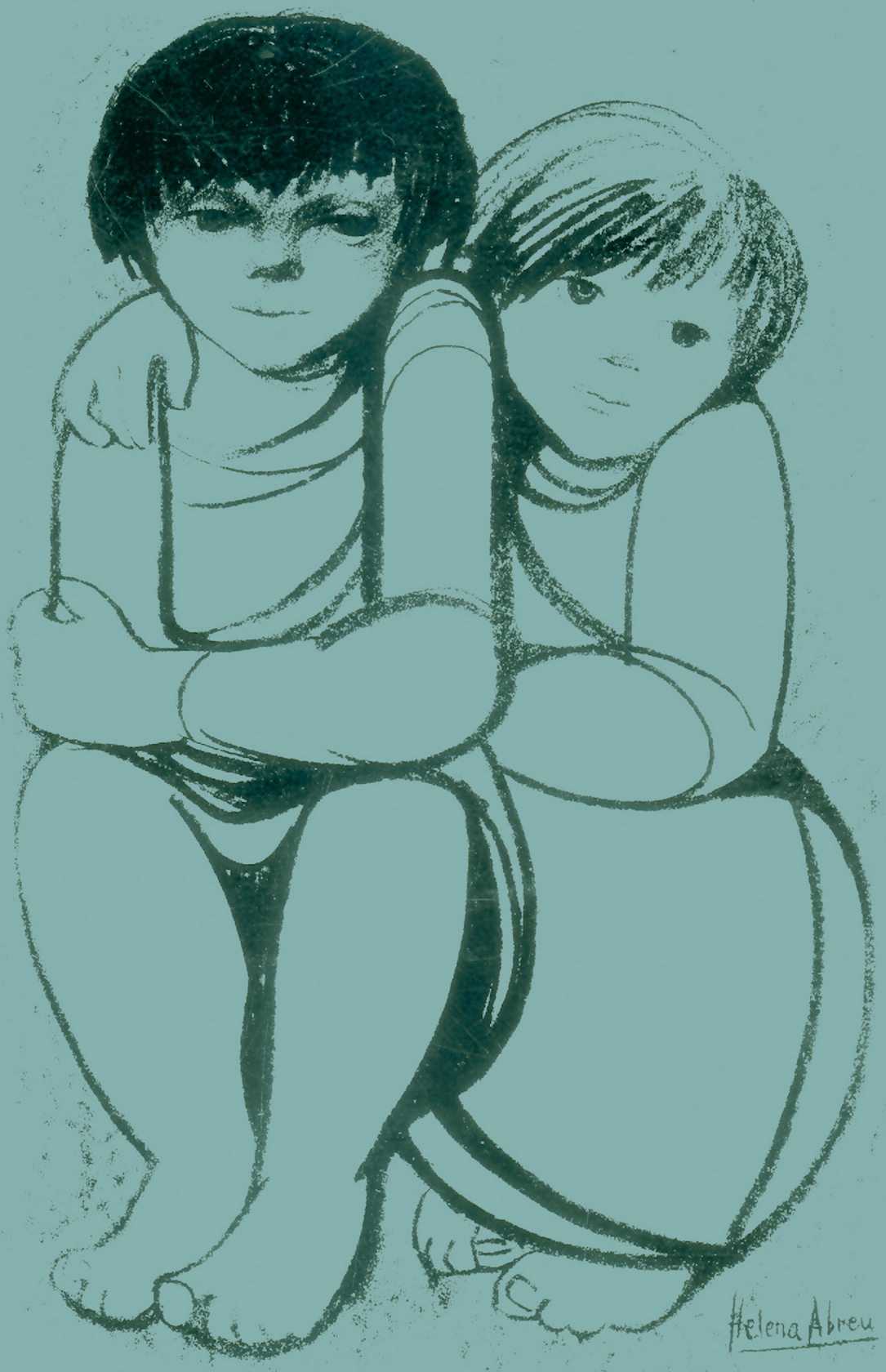
# NASCER E CRESCER

Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto

Suplemento II
2016

## XVIII Reunião Anual de Pediatria do CMIN

Resumo das Comunicações



XXVIII
REUNIÃO ANUAL DE PEDIATRIA
DO CENTRO MATERNO INFANTIL DO NORTE

# Melhor Poster

## *Qualidade dos registos de acuidade visual no exame global de saúde dos cinco anos em três Unidades de Saúde Familiar do Grande Porto: melhoria contínua de qualidade*

Sara Quelha[1], Mafalda Silva[2], Margarida Pereira[3], Sandra Ventura[4]

[1] Unidade Saúde Familiar Arca d`Água; ACeS Porto Oriental
[2] Unidade Saúde Familiar Barão Nova Sintra; ACeS Porto Oriental
[3] Unidade Saúde Familiar Porto Centro; ACeS Porto Oriental
[4] Unidade Saúde Familiar Faria Guimarães; ACeS Porto Oriental

# Menção Honrosa em ex aequo

## *Cefalohematoma progressivo - um sinal de alarme a valorizar*

Catarina Matos de Figueiredo[1], Jorge Abreu Ferreira[1], Catarina Valpaços[1], Sara Morais[2], Luísa Lopes[1], Elisa Proença[1], Ana Novo[1]

[1] Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidade de Neonatologia, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto;
[2] Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar do Porto

## *Hemangioma do cordão e persistência do úraco: uma associação Inesperada*

Ana Lachado[1], Fábio Barroso[1], Rafael Brás[2], Mariana Alves[2], Maria do Céu Rodrigues[2], Pedro Roquete[3], Ana Coelho[4], Sofia Marinho[4], Fátima Carvalho[4], Elisa Proença[1], Céu Mota[1]

[1]Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidade de Neonatologia, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
[2] Serviço de Obstetrícia, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto
[3] Laboratório de Anatomia Patológica, HicisLab
[4] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

## Melhor Comunicação Oral

### *Gastroenterite Aguda: Abordagem num Hospital Central 2 anos após as recomendações da ESPGHAN*

Rafael Figueiredo[1], Liliana Teixeira[1], Helena Moreira Silva[1], Ana Ramos[1]

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

## Menção Honrosa em ex aequo

### *Terapêutica por Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina – A Experiência de um Centro Pediátrico Nível III*

Catarina Matos de Figueiredo[1], Ekaterina Popik[1], Joana Freitas[1], Helena Cardoso[1], Helena Cardoso[1], Maria João Oliveira[1], Teresa Borges[1]

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

### *Comportamentos de Risco na Adolescência - Retrato de uma Unidade de Saúde Familiar*

Inês Medeiros[1], Ana Ribeiro[2], Eloína Bravo[2]

[1] Serviço de Pediatria do Hospital de Braga
[2] Unidade de Saúde Familiar São João de Braga

# NASCER E CRESCER

**Ano | Year |** 2016 **Volume |** XXV **Número | Number |** Suplemento II

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

**Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto | Director |** Paulo Barbosa

**Corpo Redatorial | Editorial Board**

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

**Editores especializados | Section Editors**

*Artigo Recomendado | Recommended Article* – Helena Mansilha, CHP; Maria do Carmo Santos, CHP

*Perspetivas Atuais em Bioética | Current Perspectives in Bioethics* – Natália Teles, CGMJM, FMUP

*Pediatria Baseada na Evidência | Evidence based Pediatrics* – Luís Filipe Azevedo, FMUP; Altamiro da Costa Pereira, FMUP

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

*Ciclo de Pediatria Inter-Hospitalar do Norte | Pediatric inter-hospitalar meeting* – António Fonseca, HSMM; Armando Pinto, IPOPFG; Carla Moreira, HB; Carmen Carvalho, CHP; Fátima Santos, CHVNG/E; Inês Azevedo, CHSJ, FMUP; Isolina Aguiar, CHAA; Joaquim Cunha, CHTS; Rosa Lima, CHP; Sandra Ramos, CHPVVC; Sofia Aroso, HPH/ULSM; Sónia Carvalho, CHMA; Susana Tavares, CHEDV

*Caso Dermatológico | Dermatology Case* – Manuela Selores, CHP, ICBAS-UP; Susana Machado, CHP

*Caso Eletroencefalográfico | Electroencephalographic Case* – Rui Chorão, CHP

*Caso Estomatológico | Stomatological Case* – José Amorim, CHP

*Caso Radiológico | Radiology Case* – Filipe Macedo, HCUF

*Genes, Crianças e Pediatras | Genes, Children and Pediatricians* – Esmeralda Martins, CHP, ICBAS-UP; Gabriela Soares, CGMJM

*Educação Científica | Scientific Education* – Margarida Lima, CHP, ICBAS-UP

*Pequenas Histórias | Short Stories* – Margarida Guedes, CHP, ICBAS-UP

**Conselho Científico | Scientific Board**

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

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

Maria José Bento, IPOPF

**Assessores Editoriais | Editorial Assistants**

Andrea Buschbeck

**Publicação trimestral resumida e indexada por | | Quarterly Publication, indexed and summarized by**

Catálogo LATINDEX
EMBASE / Excerpta Médica
Index das Revistas Médicas Portuguesas
Scopus
Repositório Científico do CHP – http://repositorio.chporto.pt
SciELO
SARC – Serviço de Alojamento de Revistas Científicas
http://revistas.rcaap.pt/nascercrescer

**Design gráfico | Graphic Designer**

bmais comunicação

**Execução gráfica e paginação | Graphic execution and layout**

Papelmunde, SMG, Lda
Vila Nova de Famalicão

**ISSN**

0872-0754

**Depósito legal | Legal deposit**

4346/91

**Propriedade, Edição e Administração / Publisher**

Departamento de Ensino, Formação e Investigação
Centro Hospitalar do Porto
Largo do Prof. Abel Salazar – 4099-001 Porto
Telefone | Phone: (+351) 222 077 500; fax: (+351) 222 082 166
Telemóvel | Mobile Phone: (+351) 915 676 516
nascerecrescer@chporto.min-saude.pt

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

Revista isenta de registo no ERC ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 9 de junho nos termos do artº 12, nº1, alínea a)

# Índice/Summary

## resumo das comunicações orais


**CO16_01** Diabetes inaugural numa urgência de um hospital de nível A2
**CO16_02** Enterocolite por citomegalovírus em lactente
**CO16_03** Gastroenterite aguda: abordagem num hospital central 2 anos após as recomendações da ESPGHAN
**CO16_04** O desafio do diagnóstico de uma vasculite anca positivo em idade pediátrica
**CO16_05** Síndrome hemolítico-urémico – casuística de um hospital terciário
**CO16_06** Terapêutica por perfusão subcutânea contínua de insulina – a experiência de um centro pediátrico nível III
**CO16_07** Pneumotórax no adolescente – casuística de 10 anos
**CO16_08** Comportamentos de risco na adolescência – retrato de uma unidade de saúde familiar
**CO16_09** Dor torácica no adolescente – caraterização de um motivo frequente de recurso ao serviço de urgência
**CO16_10** Afogamento em idade pediátrica: experiência de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos
**CO16_11** Submandibulectomia bilateral para tratamento de sialorreia em idade pediátrica: 10 anos de experiência
**CO16_12** Celulite da região orbitária – a realidade de 10 anos de um hospital nível 3


## resumo dos posters


**PO16_01** Serão as “dietas” tão inocentes como julgamos?
**PO16_02** Doença celíaca em idade pediátrica – a importância do seguimento
**PO16_03** Pneumotórax em idade pediátrica – casuística de um hospital distrital
**PO16_04** Qualidade dos registos da acuidade visual no exame global ed saúde dos cinco anos em três unidades de saúde familiar do Grande Porto: melhoria contínua da qualidade
**PO16_05** Uma marcha muito peculiar...
**PO16_07** Rejeição humoral aguda no transplante renal: gravidez como evento sensibilizante?
**PO16_08** Válvulas da uretra posterior: uma apresentação atípica
**PO16_09** Litíase vesicular complicada… a natureza andou sempre um passo à frente
**PO16_10** Os probióticos no tratamento da esteatose hepática em população pediátrica – qual a evidência?
**PO16_11** Varicela complicada: dois casos clínicos
**PO16_12** Hérnia diafragmática de morgagni: um caso clínico
**PO16_13** Quando a ecografia cardíaca revela a ponta do *iceberg*
**PO16_14** Doença invasiva pneumocócica – uma realidade sempre presente
**PO16_15** Anafilaxia alimentar – admissão em cuidados intensivos pediátricos
**PO16_16** Dilatação do trato urinário: a propósito de 2 casos clínicos
**PO16_17** RGE e BRUE: uma associação por vezes óbvia mas difícil de estabelecer
**PO16_18** Cardiomiopatia dilatada – qual a etiologia?
**PO16_19** Nem tudo o que parece, é!
**PO16_20** Curvas de percentis: a sua importância como ponto de partida de um diagnóstico
**PO16_21** Perturbações do comportamento alimentar: a realidade de um hospital distrital
**PO16_22** Hemorragia suprarrenal em recém-nascida: importância do diagnóstico precoce
**PO16_23** Linfangioma abdominal: uma doença rara a propósito de um caso clínico
**PO16_24** Cefalohematoma progressivo – um sinal de alarme a valorizar
**PO16_25** Quando o eritema perineal não passa…
**PO16_26** Tumefação da região frontal – será hematoma?
**PO16_27** Hemangioma do cordão e persistência do úraco: uma associação inesperada

**Presidente da Reunião**

*Caldas Afonso*

**Comissão Organizadora**

*Alexandre Fernandes*
*Ana Coelho*
*Ana Guedes*
*Ana Ramos*
*Carmen Carvalho*
*Catarina Sousa*
*Conceição Mota*
*Helena Moreira da Silva*
*Margarida Coelho*
*Paula Cristina Fernandes*
*Sílvia Álvares*
*Vasco Lavrador*

**Comissão Científica**

*Águeda Matos*
*Almerinda Pereira*
*Armando Pinto*
*Braga da Cunha*
*Cidade Rodrigues*
*Conceição Casanova*
*Eurico Gaspar*
*Fátima Carvalho*
*Fátima Praça*
*Fernando Almeida*
*Gonçalves Oliveira*
*Goreti Lobarinhas*
*Idalina Maciel*
*Manuel Fontoura*
*Óscar Vaz*
*Rui Carrapato*
*Rui Medon*
*Teresa Borges*
*Teresa Temudo*

**Júri de Selecção de trabalhos**

*Alexandre Fernandes*
*Ana Ramos*
*Helena Mansilha*
*João Pinto*

**Júri de Prémio de Melhor Comunicação Oral**

*Conceição Silva*
*Isabel Guerra*
*José Banquart Leitão*
*Mónica Tavares*

**Júri de Prémio de Melhor Poster**

*Carla Moreira*
*Catarina Mendes*
*Diana Pinto*
*Inês Matos*

**Organização**

Centro Materno Infantil do Norte
Centro Hospitalar do Porto
ADEMI

**Em colaboração com**

ACeS Gondomar
ACeS Porto Ocidental
CH Porto
CH Alto Ave
CH entre Douro e Vouga
CH Médio Ave
CH Póvoa de Varzim I V. Conde
CH São João
CH Tâmega e Sousa
CH Trás-os-Montes e Alto Douro
CH V. N. de Gaia e Espinho
Hospital de Braga
Hospital Santa Maria Maior
IPO Porto
ULS Alto Minho
ULS Matosinhos
ULS Nordeste

**Secretariado**

ADEMI
www.ademi.pt
secretariado@ademi pt

**Apoios**

Abbvie
Bial
Dermoteca
Farmodietética
GSK
Liga Rainha Maria Pia
Linde
Milupa
Nestlé
Orphan
Uriage

# XXVIII REUNIÃO ANUAL DE PEDIATRIA DO CENTRO MATERNO INFANTIL DO NORTE

**25. 26 novembro '16**

**Auditório do CMIN**

CMIN

centro hospitalar do Porto

ademi

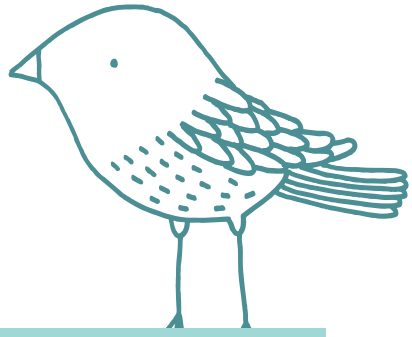
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SPP SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

Interesse reconhecido pela Sociedade Portuguesa de Pediatria

# XXVIII
# Reunião Anual de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte



## 25 novembro | sexta-feira

**8.00** **Abertura do secretariado**

**9.00** **Sessão de abertura**

**9.15** **Mesa Redonda: Doença hepática aguda: mudanças e progressos**
Moderadores: *Cristina Rocha* (CHEDV), *Ermelinda Santos Silva* (CMIN-CHP)

**Abordagem do RN e lactente com colestase** | *Cristina Gonçalves* (CHUC)

**Hepatite aguda na criança e adolescente** | *Helena Moreira da Silva* (CMIN-CHP)

**Insuficiência hepática aguda em idade pediátrica** | *Sandra Ferreira* (CHUC)

**10.30** **Intervalo para café**

**11.00** **Mesa Redonda: Dor articular**
Moderadores: *Iva Brito* (CHSJ), *Fernando Almeida* (ACeS Gondomar)

**Manifestações clínicas - o diagnóstico diferencial** | *Manuel Salgado* (CHUC)

**Exames auxiliares ao diagnóstico** | *Margarida Guedes* (CMIN-CHP)

**As terapêuticas** | *Carla Zilhão* (CMIN-CHP)

**12.30** **Almoço de trabalho**

**14.00** **Mesa Redonda: Urgências Neurológicas**
Moderadores: *Clara Barbot* (Getting it), *Teresa Temudo* (CMIN-CHP)

**Cefaleias** | *Inês Carrilho* (CMIN-CHP)

**1ª Crise epilética** | *Cristina Garrido* (CMIN-CHP)

**15.00** **Sessão Interativa: Dor abdominal aguda**
Moderadores: *Fátima Carvalho* (CMIN-CHP), *Nuno Capela* (ACeS Porto Ocidental)

**17.00** **Intervalo para café**

**17.30** **Comunicações Orais**
Moderadores: *Goreti Lobarinhas* (H Sta Mª Maior Barcelos), *Idalina Maciel* (ULSAM)

**Posters em sala**
Moderadores: *Águeda Matos* (CHAA), *Conceição Casanova* (CHPVVC)

## 26 novembro | sábado

**8.15 Abertura do secretariado**

**8.30 Comunicações Orais**
Moderadores: *Braga da Cunha* (CHTS) , *Gonçalves Oliveira* (CHMA)

**Posters em sala**
Moderadores: *Augusta Gonçalves* (H Braga), *Emília Costa* (CMIN-CHP)

**10.00 Intervalo para café**

**10.30 Mesa Redonda: Estridor no recém-nascido: abordagem multidisciplinar**
Moderadores: *Carmen Carvalho* (CMIN-CHP), *Carlos Moniz* (CHLN)

**Estratégia diagnóstica** | *Luísa Neiva* (CMIN-CHP)

**Avaliação por ORL** | *Ana Pinto* (HSA-CHP), *Teresa Soares* (HSA-CHP)

**Avaliação por pneumologia** | *Telma Barbosa* (CMIN-CHP)

**12.00 Debate: O doente crónico e a comunidade**
Moderadores: *Maria do Céu Machado* (CHLN), *Caldas Afonso* (CMIN-CHP)
Convidada: *Margarida Pinto Correia* (Fundação EDP)

**12.30 Melhor artigo original 2015 da Revista Nascer e Crescer**
Moderadores: *Luísa Lobato* (HSA-CHP), *Sílvia Álvares* (CMIN-CHP)

**13.00 Atribuição de Prémios**

**13.15 Sessão de Encerramento**

**15.00 *Workshop pós congresso:***
**A sociedade civil e o doente crónico**
(Entrada Livre)
Debate: Moderado por *Inês Schreck*

- As necessidades do doente crónico e a integração dos cuidados de saúde;
- O que temos e o que podemos dar ao doente crónico - os desejos da sociedade civil;
- Interligação e integração entre cuidados hospitalares, os cuidados de saúde primários e de proximidade;
- A importância das Associações de doentes;
- Cidadania ativa

NASCER E CRESCER
revista de pediatria do centro hospitalar do porto
ano 2016, vol XXV, Suplemento II

# resumo das comunicações orais

## CO16_01
## DIABETES INAUGURAL NUMA URGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL A2

Ana Rita Batista[1], Rita Russo Belo[1], Sara Peixoto[1], Cristina Cândido[1], Vânia Martins[1]

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

**Introdução e Objetivos:** A incidência da diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tem vindo a aumentar a nível mundial. A deteção precoce de sinais e sintomas evita apresentações mais graves. Caraterizar os episódios inaugurais de DM1 admitidos no serviço de urgência (SU) de pediatria de um hospital de nível A2.

**Metodologia:** Estudo retrospetivo dos registos clínicos das crianças e jovens admitidos no nosso SU entre 1 janeiro 2005 e 30 junho 2016.

**Resultados:** Foram admitidos 74 doentes (56,8% sexo masculino), com média de idade de 9 anos (mínimo 18 meses). Destaca-se um aumento de casos desde 2008. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 26,1 dias. A polidipsia (94,6%), poliúria (77,0%) e perda ponderal (63,5%) foram os sintomas mais frequentes, com 10,8% a apresentarem alteração do estado de consciência. À admissão, 39,2% apresentavam desidratação e 40,5% acidose metabólica (grave-46,7%). Glicosúria presente em 97,3% e cetonúria em 83,8%. As médias dos seguintes parâmetros foram: glicémia 519,9mg/dl, HBA1C 11,1%, cetonémia 3,5mmol/l, peptídeo C 0,9ng/ml, insulinémia 5,5U/ml. A média de perfusão de insulina foi de 6,9h; o tempo médio de internamento 7,1 dias e 66,2% tiveram alta com esquema de insulina segundo contagem de hidratos de carbono.

**Conclusões:** Tal como descrito, verificámos um aumento do número de casos inaugurais de DM1, com um tempo de início de sintomas e diagnóstico semelhante a outras séries. O grupo com maior incidência de acidose metabólica foi a faixa dos 6-10 anos, não concordante com outros estudos. Apesar das diversas informações fornecidas atualmente à população, verifica-se ainda um intervalo de tempo prolongado entre o início dos sintomas e o diagnóstico, justificando a apresentação com cetoacidose.

## CO16_02
## ENTEROCOLITE POR CITOMEGALOVÍRUS EM LACTENTE

Raquel Oliveira[1], Alzira Sarmento[1], Sandra Rocha[1], Carla Teixeira[2], Laura Marques[2], Hernâni Brito[3], Ermelinda Santos Silva[4], Paula Regina Ferreira[1]

[1] Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte, CHP

[2] Serviço de Infeciologia e Imunodeficiências do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, CHP

[3] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde

[4] Unidade de Gastrenterologia do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte

**Introdução**: A enterocolite por citomegalovírus (CMV) é uma infeção oportunista frequente nos doentes imunodeprimidos. Nos lactentes a infeção pode ser congénita, perinatal (secreções do canal de parto) ou pós-natal (leite materno ou transmissão horizontal). A clínica é variável sendo rara a infeção gastrointestinal isolada.

**Caso Clínico**: Lactente de 1 mês e meio, com irmão de 5 anos, saudável. Parto eutócico às 37 semanas, baixo peso ao nascimento. Aleitamento materno exclusivo até ao mês e meio, altura em que foi levada ao SU com dejeções líquidas com sangue, 24h após introdução de leite adaptado. Pela suspeita de intolerância às proteínas do leite de vaca retomou leite materno exclusivo com restrição de produtos lácteos à mãe. Internada 4 dias depois por aumento do número de dejeções e vómitos. Os exames complementares de diagnóstico foram normais. Verificou-se agravamento clínico com recusa alimentar e febre e iniciou antibioterapia. Reiniciou leite extensamente hidrolisado, com normalização do trânsito intestinal, recuperação ponderal e teve alta. Reinternada 48h depois com desidratação grave, por vómitos e diarreia profusa. Após estabilização inicial transferida para o CMIN. Apresentava acidose metabólica hiperclorémica, hipernatremia, hipoalbuminemia, anemia e exame de urina sugestivo de síndrome nefrítico agudo pelo que foi admitida no SCIP. A investigação efetuada revelou PCR CMV positiva (2633 cópias). Iniciou ganciclovir com melhoria da diarreia às 72h. A PCR CMV no líquor e teste de Guthrie foram negativos. Restantes exames culturais negativos. Avaliação por oftalmologia e a ecografia transfontanelar normais.

Pedido à mãe PCR CMV no sangue, HIV 1 e 2, negativos e serologias CMV: IgM negativo/IgG positivo (199,8U/mL). Reiniciou alimentação ao quinto dia com fórmula de aminoácidos, com boa tolerância, seguido de leite extensamente

hidrolisado. Alta medicada com valganciclovir e orientação multidisciplinar.

**Discussão**: Apesar de as manifestações gastrointestinais serem raras na infeção por CMV no lactente, o diagnóstico deve ser considerado nos casos de diarreia intratável com enteropatia exsudativa, pois respondem à terapêutica com ganciclovir. Neste caso, a infeção pós-natal é mais provável (PCR negativa no Guthrie; PCR e serologias maternas sem evidência de infeção recente) e pode ter sido adquirida por transmissão horizontal, através do irmão, dado que a prevalência da infeção na infância é elevada (50 a 80%).

**CO16_03**

## GASTROENTERITE AGUDA: ABORDAGEM NUM HOSPITAL CENTRAL 2 ANOS APÓS AS RECOMENDAÇÕES DA ESPGHAN

Rafael Figueiredo[1], Liliana Teixeira[1], Helena Moreira Silva[1], Ana Ramos[1]

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

**Introdução**: Em julho de 2014 a ESPGHAN publicou novas orientações relativamente à abordagem da gastroenterite aguda (GEA). Objetivo principal: análise da abordagem diagnóstico-terapêutica no internamento de um hospital central e comparação com as recomendações da ESPGHAN. Objetivo secundário: revisão da epidemiologia dos internamentos por GEA na criança.

**Métodos**: Análise retrospetiva dos 154 internamentos por GEA entre Agosto de 2014 e Julho de 2016. Critérios de exclusão: recém-nascidos, doença crónica, infeções nosocomiais.

**Resultados**: Incluídas 115 crianças, com mediana da idade de 2 anos (1.5meses-17anos). O principal motivo de internamento foi intolerância oral (44.3%); a duração média do internamento foi de 3.9 (SD3.5) dias. Solicitou-se pelo menos um exame complementar de diagnóstico (ECD) em 100%: estudo analítico sérico em 96%; exame virológico de fezes em 70.2% e coprocultura em 30.9%. 45.7% (n=37) dos exames virológicos foram positivos [dos quais: rotavírus em 91.9%, adenovírus e norovírus em 8.1%]. 51.4% (n=18) das coproculturas foram positivas (Salmonella spp em 50% e Campylobacter jejuni 38.9%).

A maioria (94.6%) fez fluidoterapia endovenosa e 34.8% fez soluto de rehidratação oral. Nenhum fez rehidratação por sonda nasogástrica e apenas dois doentes foram medicados com probiótico. Não se registaram óbitos.

**Conclusão**: As novas recomendações realçam a importância da rehidratação oral por sonda nasogástrica e dos probióticos no tratamento da GEA. A investigação etiológica não está habitualmente recomendada e o ionograma é o único exame com interesse na maioria dos doentes internados. As principais divergências observadas entre a abordagem efetuada e as recomendações foram as seguintes: uso excessivo de ECD, não uso da rehidratação oral por SNG e baixo uso de probióticos.

**CO16_04**

## O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO DE UMA VASCULITE ANCA POSITIVO EM IDADE PEDIÁTRICA

Clara Preto[1], Rita Dias[1], Helena Ferreira[2],Sandra Alves[3], Armandina Silva[2], Margarida Guedes[4], Paula Matos[5], Conceição Mota[5], Paula Rocha[1], Paula C Fernandes[1]

[1] Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[2] Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Alto Ave

[3] Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

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

[5] Serviço de Nefrologia Pediátrica - Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

**Introdução**: As vasculites sistémicas ANCA positivo (ANCA+) são raras em idade pediátrica, apresentando atingimento multiorgânico, preferencialmente renal e pulmonar.

**Caso clínico**: Adolescente do sexo feminino, 15 anos. Antecedentes neonatais de prematuridade e displasia broncopulmonar. Antecedentes familiares de lúpus eritematoso sistémico. Episódios de sibilância, tosse e estridor com início aos 11 anos e disfonia progressiva. Diagnosticada estenose infra-glótica, submetida a cirurgia com laser e posteriormente a traqueostomia. Da investigação realizada de realçar hematoproteinúria, ANCA MPO e PR3 negativos e biópsia da laringe com infiltrado inflamatório polimorfo, sem granulomas. Repetiu exame sumário de urina após 4 anos mantendo hematoproteinúria, detetadas alterações de novo da função renal.

Em Junho de 2016 recorreu ao hospital da área de residência por dor abdominal, vómitos, dejeções diarreicas com 2 dias de evolução e dificuldade respiratória. Apresentava-se pálida, hipertensa, com má perfusão periférica, tiragem global e crepitações bilaterais à auscultação pulmonar. Apirética.

Do estudo analítico a realçar acidémia mista, hipoxemia, anemia (5,3 mg/dl), insuficiência renal (creatinina 16,7 mg/dl, ureia 306 mg/dl) e hipercaliémia (K+ 8,5 mmol/l). A radiografia e ecografia torácicas revelaram derrame pleural esquerdo. Hemorragia pulmonar confirmada por broncofibroscopia. Instituída ventilação mecânica e transferida para o nosso hospital.

No SCIP efetuou transfusão de GR, iniciou anti-hipertensores e hemodiálise de urgência para controlo de oligúria e hipercaliémia.

O estudo imunológico revelou C3 ligeiramente diminuído, C4 normal, ANCA MPO positivo e PR3 normal. Feito diagnóstico presuntivo de vasculite ANCA+ pelo que cumpriu esquema de corticoterapia, ciclofosfamida e iniciou plasmaferese.

Ventilação espontânea desde D14 de internamento. Sem novos episódios de hemorragia pulmonar.

A biópsia renal mostrou glomerulonefrite crescêntica com sinais de cronicidade. Em D33 suspendeu tratamento com ciclofosfamida por leucopenia efetuando indução com rituximab.

**Discussão**: As vasculites ANCA+ podem apresentar-se e progredir lentamente durante meses ou anos ou de forma súbita. O diagnóstico definitivo é confirmado por biópsia, no entanto é lícito fazer um diagnóstico presuntivo baseado na clinica, num teste positivo para ANCA e baixa probabilidade de outra etiologia, de forma a iniciar precocemente o tratamento e diminuir a morbi-mortalidade associada.

**CO16_05**

## SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICO – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Lígia M. Ferreira[1], Carla Ferreira[2], Nádia M Guimarães[3], Marlene Rodrigues[4], Vanda Guardado[5], Liliana Rocha[3], Teresa Costa[3], Sameiro Faria[3], Paula Matos[3], Conceição Mota[3]

[1] Centro Hospitalar Tondela-Viseu

[2] Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

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

[4] Hospital de Braga

[5] Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** O síndrome hemolítico-urémico (SHU) é uma doença grave caracterizada pela presença de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e lesão renal aguda. Atualmente, o SHU é classificado em primário, se induzido por alterações do complemento, ou secundário, onde se incluem as infeções, nomeadamente por Escherichia coli produtora de toxina Shiga (STEC), fármacos ou doenças auto-imunes.

O objetivo deste estudo foi avaliar os internamentos por SHU num serviço de Nefrologia Pediátrica.

**Metodologia:** Análise retrospetiva dos processos clínicos das crianças internadas por SHU entre janeiro de 2012 e setembro de 2016, num Hospital de nível III.

**Resultados:** No período analisado, foram internadas 6 crianças com SHU, todas do sexo feminino. A média de idade foi 5,6 anos. Em 3 crianças, a apresentação clínica ocorreu com diarreia e vómitos e posterior evolução para oligoanúria, palidez cutânea e prostração. Nos 3 restantes, houve quadro de febre e vómitos, sem diarreia ou oligúria. Em 2 destes havia colúria, um dos quais com icterícia associada, e no outro caso amigdalite concomitante. Três casos desenvolveram hipertensão arterial. Todos fizeram tratamento com plasma fresco congelado (média 5 dias; mínimo 1 dia, máximo 10 dias) e requereram transfusão de glóbulos vermelhos. Os 3 casos de SHU com diarreia necessitaram de diálise peritoneal (média 10 dias; mínimo 8 dias, máximo 14 dias) e dos outros 3 casos, 2 deles realizaram plasmaferese (1 durante 5 dias, outro durante 8 dias). Todos apresentaram boa evolução clínica, com resolução completa das alterações hematológicas e melhoria progressiva da função renal. Do estudo etiológico, de salientar, que em todos os casos, a coprocultura se revelou negativa e se confirmou apenas um caso de SHU primário por alterações do complemento. Nos outros casos, não houve confirmação de infeções ou alterações auto-imunes.

**Conclusão:** Todos os casos pediátricos de SHU exibem a tríade clássica de alterações. No entanto, há várias etiologias possíveis, que podem resultar em diferenças na apresentação, abordagem terapêutica e prognóstico. Neste estudo, só houve diagnóstico etiológico confirmado num dos casos, provavelmente porque as coproculturas se revelaram negativas pelas dificuldades técnicas em detetar a STEC. Constatou-se uma boa evolução em todos os casos, mas dado que é uma doença que pode recorrer e evoluir para insuficiência renal crónica, estes doentes devem manter seguimento a longo prazo.

**CO16_06**

## TERAPÊUTICA POR PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO PEDIÁTRICO NÍVEL III

Catarina Matos de Figueiredo[1], Ekaterina Popik[1], Joana Freitas[1], Helena Cardoso[1], Maria João Oliveira[1], Teresa Borges[1]

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

**Introdução:** A terapia por perfusão subcutânea contínua de insulina (CSII) constitui o método mais fisiológico disponível para o tratamento da diabetes tipo 1, com reconhecidas vantagens. Com este trabalho, os autores pretendem caracterizar os doentes seguidos na consulta de Endocrinologia Pediátrica e os resultados obtidos com o uso desta terapia desde 2009.

**Metodologia:** Estudo retrospetivo com análise dos processos clínicos e consulta dos dados descarregados dos dispositivos. Efetuada análise de variáveis epidemiológicas, clínicas, laboratoriais e complicações agudas.

**Resultados:** 62 doentes iniciaram terapêutica com CSII; foram excluídos 5 por dados incompletos. Da amostra estudada (n= 57) e reportando ao início da terapêutica, 63% são do sexo masculino; mediana de 11.0 anos de idade, com mínimo de 1.6 anos; 3.4 anos de evolução da doença, hemoglobina A1c (A1c) de 7.7% e dose diária total de insulina de 0.85 U/kg.

Da análise da evolução do controlo metabólico ao longo do tempo verificamos globalmente uma redução ligeira da A1c de 0.1-0.3%. No segundo e terceiro ano após início da terapêutica, os doentes com idade inferior a 6 e superior a 10 anos são os que apresentam melhor controlo metabólico (A1c 7.6 e 7.3% e A1c 7.5% e 7.3% respetivamente).

Atualmente 47 doentes mantêm seguimento sob terapêutica com CSII; 5 foram transferidos para a consulta de adultos; 1 emigrou e 4 suspenderam tratamento.

Na última consulta, na avaliação referente ao controlo metabólico das 4 semanas prévias, a mediana do valor médio da glicemia foi de 167 mg/dL (desvio-padrão de 77 mg/dL) e A1c no último ano de 7.6%. Registaram-se ainda uma mediana de 5 hipoglicemias e mediana de valor mínimo de 50 mg/dL.

Durante o período de seguimento não foram registadas reações locais adversas que motivassem a interrupção da terapia, nem episódios de cetoacidose diabética (CAD) ou hipoglicemias graves.

**Comentário:** O controlo da diabetes tipo 1 continua a ser um desafio inquestionável. Segundo orientações internacionais o objetivo glicémico em idade pediátrica é de A1c <7.5%. A mediana do valor médio da A1C do último ano, na nossa amostra, está muito próxima das recomendações atuais. Com esta modalidade terapêutica não obtivemos uma melhoria significativa, dados os critérios de elegibilidade adotados (motivação e cumprimento terapêutico). Salientamos a reduzida incidência de complicações, nomeadamente a ausência de episódios de CAD e hipoglicemias graves, ficando demonstrada a elevada segurança desta terapêutica.

## CO16_07
## PNEUMOTÓRAX NO ADOLESCENTE – CASUÍSTICA DE 10 ANOS

Tânia Lopes[1], Inês Falcão[2], Cristina Madureira[1], Sara Rolim[1], Filipe Oliveira[1], Paula Fonseca[1], Fernanda Carvalho[1]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Médio Ave, Unidade de Vila Nova de Famalicão

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

**Introdução e Objetivos:** O pneumotórax é uma entidade rara na adolescência sendo a toracalgia um dos motivos frequentes de admissão no serviço de urgência (SU). A sua abordagem baseia-se na dos adultos dada a escassez de protocolos pediátricos. Os autores pretendem caracterizar os achados clínicos mais frequentes em adolescentes com pneumotórax espontâneo (PE).

**Métodos:** Estudo retrospetivo dos adolescentes internados num serviço de pediatria por PE de julho de 2006 a junho de 2016. Analisaram-se os dados demográficos, fatores de risco, apresentação clínica, classificação, terapêutica e recorrências.

**Resultados:** Durante os 10 anos do estudo foram internados 9 adolescentes do género masculino com PE (idade mediana 16 anos), correspondendo a 0.12% de todos os internamentos. Todos recorreram ao SU por toracalgia e em 2 casos o diagnóstico não foi realizado na primeira admissão. Ao exame físico, oito apresentavam diminuição dos sons respiratórios. Nenhum dœnte manifestava sinais de dificuldade respiratória ou hipóxia. Houve predomínio do PE primário (n=7), lateralidade esquerda (n=7) e pneumotórax de grande volume (n=7). Os 2 casos de PE secundário ocorreram em doentes com asma. Quatro doentes apresentavam como fator de risco o consumo regular de drogas inaladas (n=2 tabaco; n=2 tabaco e canabinoides). O tratamento realizado foi: oxigenioterapia (n=9) e drenagem (n=7). O PE recorreu em 6 doentes, os quais necessitaram de tratamento cirúrgico. O número máximo de recorrências por doente foi três e o tempo mediano entre os episódios foi 53 dias (mínimo 11 dias; máximo 730 dias). Todos os doentes foram referenciados à consulta (duração mediana de seguimento 11 meses).

**Conclusões:** A toracalgia associada a diminuição dos sons respiratórios, mesmo sem hipóxia ou sinais de dificuldade respiratória, são achados muito frequentes em adolescentes com PE. Contrariamente aos adultos, o PE é raro em adolescentes mas existe elevada taxa de recorrência.

## CO16_08
## COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA – RETRATO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Inês Medeiros[1], Ana Ribeiro[2], Eloína Bravo[2]

[1] Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

[2] Unidade de Saúde Familiar São João de Braga

**Introdução:** A adolescência é uma fase de afirmação pessoal e social, na procura de autonomia e busca de prazer. A vivência precoce da sexualidade e o consumo desajustado de substâncias psicoativas continuam a ser um problema de saúde pública.

**Objetivos**: Caracterização da prevalência do consumo de substâncias psicoactivas e do padrão de sexualidade, dos adolescentes entre os 15-17 anos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar do Norte.

**Metodologia:** Estudo transversal e descritivo de uma amostra de conveniência e aleatória. Aplicação de um questionário anónimo e confidencial, efetuado presencialmente numa consulta de adolescentes, entre os meses de maio-julho de 2016.

**Resultados:** Obtivemos um total de 134 questionários, 73 (54.5%) de adolescentes do sexo feminino. O consumo de álcool verificou-se em 98/134 (73.1%) adolescentes, dos quais 25/98 (25.5%) já se embriagou pelo menos uma vez. Em relação ao tabaco, 47/134 (35.1%) já experimentaram fumar, sendo que 11/47 (23.4%) fumam regularmente. Experimentaram canábis 10/134 (7.5%). A idade de início de consumo de tabaco foi mais precoce em relação à do álcool (9 anos vs 11 anos), com uma mediana de idades de 15 anos. Dos 32/134 (23.8%) adolescentes sexualmente ativos, 3/32 (9.4%) não usaram nenhum método de proteção e a idade média de início da atividade sexual foi de 15.4 anos. Verificou-se uma associação significativa entre o consumo de substâncias psicoativas e a atividade sexual.

**Conclusão:** Por ordem decrescente, o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas continua a ser preocupante e a condicionar o percurso de vida dos adolescentes. Os Cuidados de Saúde Primários devem ser uma janela de oportunidade para estratégias de prevenção e promoção de uma vivência saudável da adolescência.

**CO16_09**

## DOR TORÁCICA NO ADOLESCENTE – CARATERIZAÇÃO DE UM MOTIVO FREQUENTE DE RECURSO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Maria Miguel Gomes[1], Teresa Pontes[1], Susana Carvalho[1]
[1] Unidade de Adolescentes, Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

**Introdução:** A dor torácica é um motivo frequente de recurso ao Serviço de Urgência (SU) em idade pediátrica. Apesar do seu carácter alarmante, por sugestão de patologia cardiovascular, na maioria das vezes tem uma etiologia benigna. O objetivo deste estudo foi caraterizar a população adolescente que recorreu ao SU por toracalgia.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional transversal e retrospetivo através da análise dos motivos de vinda ao SU dos adolescentes, no período de tempo entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2015. Foi realizada análise estatística em SPSS®21, Excel2010® e aplicação de teste $X2$.

**Resultados:** Identificaram-se 447 vindas ao SU por "dor torácica", que corresponderam a 395 doentes. Não houve predomínio de género. Ocorreu maioritariamente em idades mais velhas com mediana de 14 anos. As vindas foram mais frequentes no outono (34.7%), particularmente no mês de outubro (17.0%). Em 82.8% foram realizados exames complementares, nomeadamente telerradiografia de tórax (n=302) e eletrocardiograma (n=162). Os marcadores cardíacos foram pedidos em 16 casos. A etiologia mais frequente foi respiratória (33.6%, destes n=99/150 por infeção por agente atípico), psicogénica (19.0%), idiopática (15.9%) e musculoesquelética (15.4%). Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a etiologia respiratória/inverno (p=0.001), psicogénica/feminino (p=0.023), traumática/masculino (p=0.044) e respiratória/masculino (p=0.018). A maioria teve alta (88.8%), 39 foram orientados para consulta, 11 foram internados (4 pneumotórax, 2 pneumonias com hipoxemia, 1 derrame pleural, 1 anemia de células falciformes, 1 adenofleimão axilar, 1 contusão esplénica e 1 doença de crohn) e 2 foram transferidos para hospital nível III (1 miopericardite e 1 síndroma torácico agudo). Em 11.6% já existia vinda prévia por "dor torácica". As recorrências aumentaram com a idade, foram superiores no género feminino (57.7%) e no outono (50.1%) e as principais etiologias foram respiratória (n=21/52) e psicogénica (n=11/52). Em 23 casos houve recorrência no mesmo episódio.

**Conclusão:** Na literatura está descrito que a principal causa de toracalgia é idiopática ou musculoesquelética, e na nossa série a principal causa foi respiratória. Na maioria dos casos foram realizados exames complementares, no entanto, estes não estão recomendados por rotina e devem ser ponderados de forma individualizada. Perante estas conclusões procedemos à realização de um protocolo de atuação.

**CO16_10**

## AFOGAMENTO EM IDADE PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Jacinta Fonseca[1], Maria Miguel Gomes[2], Cláudia Patraquim[2], Alexandra Martins[3], Teresa Cunha da Mota[4], Maria José Oliveira[4], Augusto Ribeiro[4]
[1] Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho
[2] Hospital de Braga
[3] Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga
[4] Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Hospitalar São João

**Introdução:** O afogamento é a segunda causa de morte acidental nas crianças, podendo resultar em lesões neurológicas permanentes. O objetivo deste estudo é a caracterização das crianças vítimas de afogamento, internadas numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, relativamente às circunstâncias do acidente, gravidade e prognóstico.

**Metodologia:** Estudo retrospetivo dos processos de internamento por afogamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, de janeiro de 2006 a setembro de 2016.

**Resultados:** No período do estudo, foram internadas dez crianças por episódio de afogamento, sete do sexo feminino, com mediana de idades de 22 meses (16 meses - 15 anos). Os afogamentos ocorreram maioritariamente em planos de água construídos (tanques, poços). Sete afogamentos não foram presenciados. Em cinco dos casos, não se conhece o tempo de submersão, nos restantes a mediana de tempo de submersão foi de 5 minutos (3-10 minutos). Seis crianças estavam em paragem cardíaca à chegada da equipa médica e sete necessitaram de intubação endotraqueal. Duas crianças foram transportadas diretamente do local do acidente para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e as restantes foram transferidas de outros hospitais para esta unidade. Na admissão, nove crianças necessitaram de ventilação invasiva, seis estavam hemodinamicamente instáveis e oito tinham uma pontuação da escala de coma de Glasgow inferior a nove. Sete crianças tinham evidência imagiológica de encefalopatia hipóxico-isquémica e numa verificou-se traumatismo vértebro-medular. A mediana da duração de internamento foi de 6,5 dias. Na transferência, três crianças tinham sequelas neurológicas graves; ocorreram quatro óbitos.

**Discussão:** Os afogamentos associam-se a elevada morbimortalidade, principalmente nos casos com maior tempo de submersão ou paragem cardíaca. No nosso estudo, em concordância com os dados de outros países desenvolvidos, os afogamentos ocorreram maioritariamente em água doce e em locais perto de casa (poços e tanques), demonstrando que é neste ambiente que devem ser feitos esforços de prevenção dos acidentes e proteção das crianças. É necessário reforçar as campanhas já existentes em Portugal para prevenir os afogamentos e minimizar as consequências, bem como estabelecer campanhas de prevenção direcionadas especificamente para os grupos de maior risco (crianças mais pequenas e adolescentes).

## CO16_11
## SUBMANDIBULECTOMIA BILATERAL PARA TRATAMENTO DE SIALORREIA EM IDADE PEDIÁTRICA: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Ana Sofia Marinho[1], Ana Coelho[1], Joana Sequeira Barbosa[1], Mónica Recamán[2], Fátima Carvalho[1]

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

[2] Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Braga

**Introdução:** A sialorreia é um problema médico e social comum nas crianças com paralisia cerebral, sendo um importante factor de stress para a sua família. A submandibulectomia surge como um tratamento possível e eficaz para esta patologia.

**Objetivo**: Avaliar a eficácia da submandibulectomia bilateral, através do grau de satisfação dos pais de crianças com sialorreia, submetidas a este procedimento.

**Métodos:** Análise retrospetiva de 84 casos de crianças submetidas a submandibulectomia bilateral durante 10 anos (2004 a 2014). Os dados foram retirados do processo clínico de cada doente e tratados informaticamente. O grau de severidade de sialorreia no pré e pós-operatório foi avaliado segundo a escala de Teacher modificada. A satisfação dos pais foi avaliada através da aplicação de uma escala que a agrupa em 4 classes, de acordo com o grau de severidade de sialorreia no pós-operatório.

**Resultados:** Foram realizadas 168 submandibulectomias em 84 crianças. Destes, foram excluídos 6 casos por ausência de dados. A idade média das crianças é de 8,7 [± 3,5] anos, sendo 57,7% do sexo masculino. O grau de severidade de sialorreia pré-operatória foi, em 51,9% dos casos, de nível 4 (sialorreia grave) e, em 29,1%, de nível 5 (muito grave). O grau de satisfação dos pais no pós-operatório classificou-se, em 65,5% dos casos, entre 80-100%. Não existiram complicações major em nenhum dos processos avaliados.

**Conclusões:** Para as crianças com hipersalivação, a submandibulectomia surge como um tratamento efetivo e eficaz, que deixa os pais muito satisfeitos e permite uma melhor integração das crianças na sociedade.

## CO16_12
## CELULITE DA REGIÃO ORBITÁRIA – A REALIDADE DE 10 ANOS DE UM HOSPITAL NÍVEL 3

Inês Pires Duro[1], Cláudia Lemos[1], Gonçalo Mendes[2], Alexandre Fernandes[1], Carla Teixeira[1], Laura Marques[1], Ana Ramos[1]

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

[2] Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** As celulites periorbitária (CPO) e orbitária (CO) são condições frequentes em idade pediátrica que devem ser distinguidas pois têm diferentes implicações clínicas. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para evitar complicações potencialmente graves.

**Objetivos:** Caracterização dos casos de celulite da região orbitária internados no Serviço de Pediatria de um hospital nível 3 num período de 10 anos.

**Métodos:** Revisão dos processos clínicos de crianças internadas entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2015 com o diagnóstico de CPO e CO.

**Resultados:** Foram internados 79 casos, 51 (65%) de CPO e 28 (35%) de CO. A média de idades foi de 4,7 anos na CPO e 6,0 anos nas CO. O edema periorbitário esteve presente em 100% dos casos, as cefaleias e a dor com os movimentos oculares foram mais frequentes nas CO (p=0,003 e p=0,031). A média de dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi semelhante na CPO e CO (2,4 e 2,5 dias). O factor predisponente mais comum foi a sinusite, presente em 73% dos casos no total (63% na CPO e 86% na CO). O estudo analítico foi efectuado em 94,1% das CPO e em todos os casos de CO, com leucocitose presente em 37,5% e 32%, respetivamente. A hemocultura, efetuada em 55 dos casos (69,6%), foi positiva em 3 casos de CO (Streptococcus pyogenes: 2). 78,4% das CPO e todas as CO fizeram tomografia computorizada (TC). Nas CPO o tratamento inicial mais frequente foi a amoxicilina-clavulanato (43,2%) e nas CO o ceftriaxone (39,3%). Nove casos de CPO (17,6%) e doze de CO (42%) efetuaram antibioterapia em associação. Nas CPO, a média de duração de antibioterapia endovenosa foi de 5,6 dias e nas CO de 8,8 dias (p=0,001). A duração média total de antibioterapia foi de 12,3 dias nas CPO e 16 nas CO (p=0,004). Efetuaram corticoterapia 23,5 % das CPO e 53,6% das CO (p=0,014). As CPO tiveram uma média de dias de internamento de 5,6 dias e as CO de 8,8 dias (p=0,003). Ocorreram 2 casos de complicações na CPO (4%) - um abcesso supraciliar e uma parésia do VI par craniano – e 6 nas CO (21.4%) - abcesso subperiostal (3 casos), uma cerebrite, uma meningite e uma uveíte.

**Conclusões:** A CPO é mais prevalente que a CO. A maioria dos casos efectuou TC (86%), o que pode traduzir uma dificuldade frequente em distinguir uma CPO de uma CO em idade pediátrica com base apenas em critérios clínicos. A distinção entre estas é essencial dadas as diferentes implicações terapêuticas e de prognóstico, o que se pode verificar nesta revisão em que as CO estiveram associadas a maior taxa de complicações.

# resumo dos posters

**PO16_01**

**SERÃO AS "DIETAS" TÃO INOCENTES COMO JULGAMOS?**

Benedita Bianchi de Aguiar[1], Joana Silva[1], Elizabeth Marques[1], Lúcia Gomes[1], Miguel Costa[1]

[1] Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Adolescente do sexo masculino, orientado aos 14 anos para a consulta externa de Nutrição Pediátrica por excesso de peso (IMC 24.65Kg/m2) que abandonou, sendo readmitido aos 17 anos por manter o excesso de peso, hipertensão arterial e erros alimentares, incluindo a ingestão de suplementos proteicos - quantificou-se um consumo proteico diário de 3g/Kg/dia, orientada em ginásio.

Foi efetuado aconselhamento alimentar e de exercício físico adequados à idade. Nas consultas de seguimento constatou-se a normalização do IMC e da tensão arterial. Este caso pretende alertar para os riscos das dietas hiperproteicas, geralmente associadas a exercício físico intenso, sem supervisão médica, que começam a ser cada vez mais frequentes na adolescência.

**PO16_02**

**DOENÇA CELÍACA EM IDADE PEDIÁTRICA – A IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO**

Sara Miranda[1],Cristina Costa[2]

[1] Unidade de Saúde Familiar de Espinho

[2] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**Enquadramento:** A doença celíaca (DC) é uma enteropatia crónica do intestino delgado, mediada imunologicamente, precipitada pela exposição ao glúten da dieta em indivíduos geneticamente predispostos. Estima-se que 1 a 3% da população portuguesa seja celíaca. Tipicamente, a DC apresenta-se com sintomas de mal-absorção, nomeadamente diarreia/esteatorreia, perda de peso e/ou atraso de crescimento. Por vezes a doença manifesta-se com sintomas menos típicos constituindo um desafio diagnóstico.

**Descrição do Caso:** Criança de 8 anos, com história de vómitos esporádicos e comportamento irritável com inicio aos 12 meses a que se associou anorexia e obstipação marcada aos 18 meses; evolução ponderal no P25-50 até aos 15 meses, com cruzamento de percentis desde então, pelo que iniciou seguimento em consulta de Pediatria. Posteriormente encaminhada para consulta de Gastroenterologia Pediátrica (GP), por suspeita de DC. Na primeira consulta de GP, aos 27 meses, apresentava-se irritada, prostrada, emagrecida, com abdómen globoso e distendido e com hipotrofia muscular. O estudo realizado confirmou o diagnóstico de DC, anticorpos antigliadina e antitransglutaminase e antiendomisio positivos e biópsia intestinal compatível (classificação de Marsh modificada: estádio 3c). Verificou-se adesão inicial à dieta sem glúten, com melhoria da sintomatologia nos primeiros 2 meses. Por falta às consultas médicas consecutivas, foram sinalizados os serviços sociais. Compareceu à consulta quatro meses depois, a 31-01-2011, com sinais evidentes de desnutrição por incumprimento da dieta. Em 09-03-2011 por manter incumprimento terapêutico, perda ponderal, anemia microcítica hipocrómica (Hb 9,5g/dL, VGM 61,4fL, CHGM 30,10g/dL), foi internada no Serviço de Pediatria. Apresentou uma evolução ponderal favorável, pelo que teve alta, medicada com ferro oral e dieta sem glúten. Desde então tem mantido seguimento regular em consultas de GP e cumprido a dieta sem glúten, apresentando uma evolução estaturo-ponderal adequada e mantendo-se assintomática.

**Discussão:** A DC é comum e tem múltiplas formas de apresentação, não devendo o clínico esquecer as manifestações menos frequentes da doença. O tratamento da DC é simples, consistindo numa dieta sem glúten, porém a adesão

terapêutica pode ser extremamente complexa. O Médico de Família e o Pediatra podem ter, neste contexto, um papel fundamental na compreensão e aceitação do diagnóstico e da importância da manutenção dos cuidados alimentares ao longo da vida.

**PO16_03**

**PNEUMOTÓRAX EM IDADE PEDIÁTRICA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DISTRITAL**

Joana Lorenzo[1], Inês Maio[1], Susana Tavares[2]

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

[2] Serviço de Pediatria/Neonatologia do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

**Introdução:** O pneumotórax é uma entidade rara em Pediatria, cuja incidência é de 1.1 a 4 casos por 100 000, com um pico de incidência entre os 16 e 24 anos. É mais frequente no sexo masculino, sendo que, na maior parte dos casos, não surge associado a nenhuma doença predisponente (pneumotórax primário). Hábitos tabágicos e história familiar são fatores de risco frequentemente identificados. Com este trabalho pretende-se ficar a conhecer a realidade deste hospital distrital.

**Metodologia:** Foram selecionados os doentes internados no serviço de Pediatria de janeiro de 2013 a dezembro de 2015 com os códigos GDH "Pneumotórax". Foram excluídos os doentes com idade inferior a 28 dias. Obtiveram-se 12 casos, cujos processos foram analisados e os dados submetidos a tratamento estatístico com recurso ao Microsoft Excel 2010.

**Resultados:** Dos 12 casos analisados, 92% (n=11) eram do sexo masculino e a idade média era de 16,1 anos. Vinte e cinco porcento dos doentes tinha hábitos tabágicos, mas em nenhum caso havia história familiar positiva. Identificou-se a presença de Asma em 25% dos doentes.

Todos os casos foram considerados primários e ocorreram em repouso, sendo que 100% apresentou à admissão dor torácica e saturações de oxigénio >95% em ar ambiente. Em 50% dos doentes, a auscultação pulmonar foi descrita como normal. O pneumotórax foi à direita em 33% dos casos, à esquerda em 58% e bilateral em 8%.

Em média, o volume do pneumotórax foi de 18% do volume pulmonar.

Identificou-se uma correlação positiva entre o tamanho de pneumotórax e a necessidade de colocação de dreno torácico; apenas 33% dos casos não o colocaram e todos estes tinham um volume estimado pequeno. Não houve correlação entre o tamanho do pneumotórax e a necessidade de intervenção cirúrgica, sendo esta realizada em 50% dos casos em que houve recorrência.

**Conclusão:** Este trabalho obteve resultados semelhantes aos descritos na literatura relativos à demografia, mas ao contrário do que seria de esperar, observou-se um recurso à cirurgia que não se correlaciona com o tamanho do pneumotórax. Como limitações identificou-se: registos pobres no que diz respeito aos dados auxológicos e amostra de pequeno tamanho.

**PO16_04**

**QUALIDADE DOS REGISTOS DA ACUIDADE VISUAL NO EXAME GLOBAL ED SAÚDE DOS CINCO ANOS EM TRÊS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DO GRANDE PORTO: MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**

Sara Quelha[1], Mafalda Silva[2], Margarida Pereira[3], Sandra Ventura[4]

[1] Unidade Saúde Familiar Arca d`Água; ACeS Porto Oriental

[2] Unidade Saúde Familiar Barão Nova Sintra; ACeS Porto Oriental

[3] Unidade Saúde Familiar Porto Centro; ACeS Porto Oriental

[4] Unidade Saúde Familiar Faria Guimarães; ACeS Porto Oriental

**Introdução:** Em Portugal, vigora desde 2013 o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que visa a avaliação regular da criança/adolescente, devendo em cada consulta ser realizadas abordagens clínicas específicas. É da responsabilidade do Médico de Família executar estas consultas, detetar e referenciar crianças com anomalias que possam causar impacto negativo na saúde da mesma. Neste sentido, cabe ao Médico de Família a responsabilidade de diagnosticar precocemente patologias corrigíveis que acarretam compromisso da visão. O objetivo deste trabalho foi avaliar e melhorar a qualidade de registos da acuidade visual na consulta correspondente ao exame global de saúde (EGS) dos cinco anos em três Unidades de Saúde Familiares (USFs) do Grande Porto.

**Metodologia:** Estudo observacional, retrospetivo e analítico. Avaliação dos registos da acuidade visual de todas as crianças com EGS dos cinco anos entre 01/01/2015 e 31/06/2015, nas três USFs, através da ajuda dos programas SClínico® e SINUS®. Após a aplicação das intervenções propostas, reavaliação através da avaliação do registo da acuidade visual de todas as crianças com EGS dos cinco anos entre 01/01/2016 e 31/06/2016.

Resultados: Na primeira avaliação, de uma amostra de 157 crianças avaliadas em EGS dos cinco anos, 23% apresentava registo da acuidade visual. Discussão dos resultados nas respetivas USFs, sendo definidas medidas interventivas e metas propostas a atingir. No período de reavaliação, foi possível obter um registo médio de acuidade visual de 56%, melhorando desta forma a quantidade de crianças rastreadas oftalmologicamente no EGS dos cinco anos.

**Conclusão:** De acordo com o previsto pelos autores, os registos da acuidade visual no EGS dos cinco anos revelou um padrão insatisfatório (<50%). Desta forma foi definida como meta uma melhoria de pelo menos 50% da qualidade dos registos. A melhoria de 144% do valor inicial numa primeira reavaliação após as intervenções realizadas, foi considerada um sucesso pelos autores, sendo o objetivo major a avaliação da acuidade visual de todas as crianças ilegíveis. Este estudo reforça a necessidade de mais ações de formação e sensibilização dos profissionais de modo a ser realizada sistematicamente a avaliação da acuidade visual de acordo com as boas práticas clínicas.

**PO16_05**

**UMA MARCHA MUITO PECULIAR...**

Tatiana Pereira[1], Graça Loureiro[1], Teresa Pinheiro[1], Paula Ribeiro[2], Paulo Guimarães[3]

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

[2] Assistente Hospitalar de Neurologia Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga,

[3] Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

**Introdução:** O meduloblastoma é o tumor maligno do sistema nervoso central mais frequente em idade pediátrica. A sua localização mais comum é no vermis cerebeloso, crescendo sobre o IV ventrículo o que pode originar hidrocefalia secundária resultando em ataxia, acompanhada por espasticidade e instabilidade da marcha.

**Caso clínico**: Rapaz de 6 anos, trazido ao SU por alteração da marcha, com uma semana de evolução e referência a posição anómala cervical. Sem outra sintomatologia associada ou história de traumatismo. Ao exame neurológico: distonia axial (região cervical e tronco) e discreta dismetria bilateral. Feita pesquisa de drogas de abuso na urina (negativa).

A Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica apresentava lesão na fossa posterior, sugestiva de meduloblastoma/ependimoma associada a hidrocefalia supratentorial.

Os achados imagiológicos descritos na Ressonância Magnética crânio encefálica, coluna cervical, dorsal e lombar sugerem meduloblastoma, no vermis medindo 57x45x50mm. O efeito de massa da lesão condiciona marcada deformação do parênquima cerebeloso e do tronco cerebral. Observou-se infiltração metástica dos compartimentos subaracnoideus. Foi efetuada exérese da lesão, mantendo um resíduo tumoral no pós-operatório com cerca de 38x25x56,6mm. Foi submetido a esquema de quimio/radioterapia.

**Discussão:** Com este caso pretendemos enfatizar a importância da história clínica, nomeadamente a descrição da presença de alterações posicionais/ataxia. Os doentes com doença disseminada podem apresentar uma clínica relacionada com a localização metastática, como sinais e sintomas de compressão medular.

**PO16_07**

## REJEIÇÃO HUMORAL AGUDA NO TRANSPLANTE RENAL: GRAVIDEZ COMO EVENTO SENSIBILIZANTE?

Sofia Santos[1,2], Lígia Bessa[1], Cláudia Patraquim[1], Liliana Rocha[1], Teresa Costa[1], Maria do Sameiro Faria[1], Paula Matos[1], Castro Henriques[2], Conceição Mota[1]

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

[2] Unidade de Transplante Renal, Hospital Santo António, CHP

**Introdução**: A existência de anticorpos anti-HLA específicos do dador aumenta o risco de rejeição humoral e concorre para pior sobrevida do enxerto.

Aloimunização é definida como a resposta imune que ocorre após a exposição a tecidos ou células geneticamente diferentes contra um antigénio desconhecido. Frequentemente é uma consequência indesejável de transfusões ou transplantes prévios.

Os dados da literatura são parcos relativamente à aloimunização do feto durante a gravidez e possíveis riscos de rejeição no transplante de dador vivo (da mãe).

**Caso clínico**: Criança com 8 anos de idade, sexo masculino, com diagnóstico pré-natal de hipodisplasia renal. Submetido a transplante renal de dador vivo (mãe) preemptive a 08/03/2016. Relativamente a possíveis eventos sensibilizantes ele não tinha história de transfusões ou transplante prévio.

A dadora (mãe) tinha 37 anos e havia 3 incompatibilidades: 1 em A, 1 em B e 1 em DR. O crossmatch por CDC e citometria de fluxo foi negativo para células T e B. Não foi identificado nenhum anticorpo antidador.

Realizou terapêutica de indução com basiliximab e terapêutica imunossupressora tripla, de acordo com o protocolo. O transplante decorreu sem intercorrências, tendo apresentado função imediata. Apresentou necessidade de transfusão de 1U glóbulos rubros 48h após o TR. Alta com creatinina 0.71 mg/dL.

No 31º dia após o TR houve deterioração da função renal (creat máx 2.7 mg/dL). Realizou biópsia renal que revelou alterações glomerulares compatíveis com trombos de fibrina e alterações tubulares sugestivos de necrose tubular aguda. Nesta altura o estudo de anti-HLA identificou um anticorpo antidador B35 com 2036 MFI.

Neste contexto o diagnóstico de rejeição aguda mediada por anticorpos foi feito (g1, ptc1, C4d0, TMA, NTA, DSA+). Realizou 3 bólus de MPD, uma toma de rituximab (375 mg/m2) , 4 doses de imunoglobulinas 500mg/kg e 10 sessões de plasmaferese, com melhoria progressiva da função renal. Repetiu biopsia do enxerto renal 1 mês após a rejeição que não mostrou alterações significativas. Decidido manter medicação com imunoglobulinas ao 1º , 2º 3º mês. Atualmente com imunossupressão tripla e com função renal estável (Creat 1.1mg/dL).

**Discussão**: A dádiva do rim da mãe ao filho, neste caso clínico, parece ter provocado uma reação amnéstica decorrente da exposição intrauterina prévia e culminando numa rejeição humoral, facto raramente descrito na literatura.

**PO16_08**

## VÁLVULAS DA URETRA POSTERIOR: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Lígia Bessa[1], Sofia Santos[1], Cláudia Patraquim[1], Carla Ferreira[1], Liliana Rocha[1], Teresa Costa[1], Paula Matos[1]

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

**Introdução:** As anomalias do trato urinário são as malformações mais frequentemente detetadas na ecografia pré-natal, podendo ter subjacente patologias de gravidade variável. A evolução pós natal, clínica e radiológica, orienta o diagnóstico e tratamento, pelo que é muito importante o acompanhamento precoce destas crianças.

**Descrição do caso:** Os autores apresentam o caso clínico de um lactente do sexo masculino, de 6 meses de vida, com diagnóstico pré natal de rim multiquístico à direita, sem outras alterações. A primeira ecografia pós natal revelou dilatação grave do bacinete, cálices e ureter à direita com parênquima hiperecogénico. Com um mês de vida teve primeiro episódio de infeção do trato urinário (ITU) febril com elevação transitória do valor da creatinina sérica. Referência a jato urinário normal. Evoluiu com episódios múltiplos de ITU febril com agentes microbiológicos atípicos e com padrão de multirresistência aos antibióticos. Dado o contexto clínico progrediu-se na investigação, tendo realizado cistoureterografia miccional seriada, que revelou válvulas da uretra posterior (VUP) e refluxo vesico ureteral grau V à direita, sem afetação à esquerda. Submetido a fulguração de VUP aos dois meses de idade. Apesar da profilaxia antibiótica manteve episódios de ITUs febris, pelo que foi decidida realização de nefroureterectomia direita aos seis meses de vida.

**Discussão:** As VUP são a causa mais comum de obstrução do trato urinário inferior em recém-nascidos. Condicionam uma obstrução baixa, classicamente com repercussão bilateral, dilatação grave do trato urinário, distensão vesical com espessamento da parede, dilatação da uretra posterior e displasia renal bilateral, frequentemente evoluindo para doença renal crónica terminal. Clinicamente o lactente apresenta má evolução estatoponderal, jato urinário fraco e sinais de esforço miccional.

Neste caso a apresentação foi atípica e as alterações imagiológicas não faziam suspeitar do diagnóstico de VUP. No entanto, a gravidade clínica motivou um estudo aprofundado, tendo culminado neste diagnóstico inesperado. O refluxo unilateral protegeu o rim esquerdo que atualmente mantém a sua função conservada.

## PO16_09
## LITÍASE VESICULAR COMPLICADA… A NATUREZA ANDOU SEMPRE UM PASSO À FRENTE

Rafael Figueiredo[1], Liliana Teixeira[1], Helena Moreira Silva[1], Joana Freitas[1], Ana Coelho[2], Fátima Carvalho[2], Cidalina Caetano[3], Ermelinda Santos Silva[1]

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

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

[3] Serviço Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** A litíase vesicular (LV) em idade pediátrica é uma entidade pouco frequente, tendo nos últimos anos aumentado significativamente a sua incidência. Na maioria das vezes associa-se a doenças hemolíticas ou doenças hepáticas crónicas, mas em alguns casos não há fatores de risco identificados. A abordagem terapêutica nem sempre é consensual.

**Caso clínico:** Adolescente de 16 anos, sexo masculino, antecedentes familiares de LV (tio materno). Uma semana antes de recorrer ao SU iniciou cólica abdominal, epigástrica, 1h após a ingestão de refeição rica em gorduras. Noção de icterícia de aparecimento progressivo e colúria. Dos exames efetuados no SU destacam-se: bilirrubina total 10.64mg/dl, bilirrubina conjugada 6,56mg/dl, AST 218 UI/L, ALT 512 UI/L, GGT 155 UI/L, FA 410 U/L, DHL 242 U/L, ecografia abdominal "dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas; via biliar principal (VBP) com 12mm e lama no seu lúmen distal; vesícula biliar com lama e microlitíase, mas sem sinais de colecistite". Foi proposto internamento que recusou. Observado em consulta 3 semanas depois: mantinha a icterícia e queixas de dor abdominal intermitente no epigastro/hipocôndrio direito, após as refeições. A ecografia continuava a evidenciar sinais de obstrução da VBP e LV múltipla. Foi internado, efetuada hiper-hidratação ev e N-acetilcisteína per os, tendo sido programada CPRE terapêutica. No entanto, a evolução foi favorável com melhoria das queixas álgicas, boa tolerância alimentar, diminuição da icterícia e melhoria analítica. Teve alta 3 dias depois, já sem dilatação da VBP. Medicado para o domicílio com N-acetilcisteína, dieta restrita em gorduras e fibras e agendada colecistectomia laparoscópica. Um mês depois, já com a colecistectomia agendada, recorreu ao SU por nova cólica biliar. A ecografia mostrou a vesícula livre de lama/cálculos, pelo que a intervenção foi cancelada. Desde então ficou assintomático, e até ao momento a investigação efetuada não evidenciou fatores de risco predisponentes para litíase.

**Discussão:** A LV sintomática está associada a uma elevada morbilidade. A abordagem dos doentes deve ser individualizada. Este doente preencheu critérios para efetuar a desobstrução da VBP por CPRE e para colescistectomia. No entanto, a evolução natural da doença permitiu-lhe evitar ambas.

## PO16_10
## OS PROBIÓTICOS NO TRATAMENTO DA ESTEATOSE HEPÁTICA EM POPULAÇÃO PEDIÁTRICA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Ana Teresa Abreu[1], Miguel Costa[2], Lúcia Gomes[2]

[1] Interna Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Cuidar

[2] Assistente Graduado de Pediatria Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

**Introdução:** Na última década têm emergido estudos sobre a flora intestinal (FI) e o seu impacto no equilíbrio metabólico. A sua composição é dotada de variabilidade interindividual e a investigação sugere um perfil catabólico associado ao tipo de FI da população obesa por comparação à população normoponderal. A obesidade infantil é uma epidemia em fase de ascensão, acompanhada por múltiplas comorbilidades, sendo Esteato-hepatite não alcoólica (EHNA) uma das mais prevalentes. Os probióticos são microrganismos vivos que, quando administrados em determinadas quantidades, conferem benefícios para a saúde do hospedeiro. Este trabalho pretende correlacionar a suplementação dietética com probióticos e o seu impacto no tratamento da EHNA na população pediátrica.

**Metodologia:** Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), metanálises, revisões sistemáticas e estudos clínicos aleatorizados e controlados (EAC) nas principais bases de medicina baseada na evidência, assim como na PubMed, publicados entre 1/09/2006 e 15/10/2016. Foram usados os termos MeSH: "fatty liver", "adolescent", "child", "probiotics". Foram incluídos artigos publicados nas línguas portuguesa e inglesa. Para avaliar a qualidade dos estudos e a força de recomendação foi usada a escala Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Family Physician.

**Resultados:** Foram encontrados 33 artigos e selecionados, por cumprirem os critérios de inclusão, uma NOC e três EAC. Os EAC basearam-se em populações pediátricas com excesso de peso e obesidade. Verificou-se que os mesmos demonstraram redução dos níveis de esteatose hepática e/ou dos valores de transaminases hepáticas. A NOC indica que os probióticos têm demonstrado eficácia na redução da esteatose hepática, embora evidencie a carência de estudos que sustentem esta recomendação.

**Conclusão:** O tratamento de primeira linha na EHNA passa pela perda de peso através de medidas dietéticas e exercício físico. Porém, não raros são os casos em que estas medidas são insuficientes e torna-se imperativo atuar, evitando a progressão desta patologia na idade adulta. Os probióticos apresentam-se como arma terapêutica promissora e inócua do ponto de vista de efeitos adversos. No que concerne ao seu efeito na EHNA pediátrica, os probióticos podem ter um papel vantajoso na redução da esteatose e inflamação, no entanto são necessários mais estudos para suportar esta recomendação (Força de recomendação B).

**PO16_11**

## VARICELA COMPLICADA: DOIS CASOS CLÍNICOS

Cristina Baptista[1], Cristiana Martins[1], Cristina Cândido[1], Vânia Martins[1], Aida Silva Sá[1]

[1] Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Trás-Os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real

**Introdução:** A varicela na criança é habitualmente benigna e autolimitada, raramente associada a complicações fatais. Pela descontinuidade da barreira cutânea, as infeções cutâneas são possíveis complicações e alguns autores defendem um maior risco associado ao uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs).

**Descrição do caso:** Apresentam-se dois casos clínicos em lactentes, ambos com múltiplas administrações de AINEs. O primeiro refere-se a uma lactente de 7 meses, género feminino, com antecedente de internamento por suspeita de sépsis neonatal. Ao 6.º dia de varicela surge celulite localizada da parede abdominal. É internada para antibioterapia, vindo a desenvolver abcesso cutâneo com drenagem espontânea. Teve alta melhorada, contudo, a referir duas recidivas posteriores em ambulatório.

O segundo caso, refere-se a um lactente de 11 meses, género masculino, sem antecedentes de relevo. Ao 6.º dia de exantema, menção a vesículas com drenagem e odor fétido, em fundo necrótico e tumefacto. É internado com agravamento progressivo e necessidade de transferência para Hospital Central por suspeita de fasceíte necrotizante e mediastinite. Realizou múltiplos antibióticos, com necessidade de múltiplas drenagens cirúrgicas e internamento prolongado.

**Conclusão:** Alguns autores defendem que o uso de AINEs em crianças com varicela aumenta o risco de infeção cutânea grave, alegando que o seu uso, ao mascarar os sintomas pode atrasar o diagnóstico e também suprimir as funções granulocitárias. É importante informar os familiares acerca das indicações destes fármacos, por não estarem sujeitos a receita médica. O diagnóstico precoce tem implicações prognósticas, mas as manifestações clínicas iniciais são frustres, sendo o diagnóstico desafiante.

**PO16_12**

## HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI: UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Marinho[1], Ana Coelho[1], Joana Barbosa Sequeira[1], Catarina Sousa[1], João Moreira Pinto[1], Fátima Carvalho[1]

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

**Introdução:** A hérnia diafragmática congénita é uma malformação que tem na sua origem um defeito na formação do diafragma. Quando o defeito se encontra na face antero-medial do diafragma, estamos perante uma hérnia diafragmática de Morgagni. Esta corresponde a uma percentagem de menos de 2% da totalidade destes defeitos. Em 90% dos casos estas hérnias apresentam-se à direita, sendo apenas 8% bilaterais, com uma discreta preponderância no sexo feminino (2:1).

**Caso clínico:** Apresentamos o caso clínico de uma criança, sexo feminino, com 1 ano de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, observada por quadro de febre prolongada associada a queixas respiratórias. Nesse contexto realiza uma radiografia torácica que revela uma opacificação arejada difusa, bilateral, mais proeminente no hemitórax direito. Por suspeita de hérnia diafragmática congénita é transferida para observação por Cirurgia Pediátrica. Aquando a observação a doente apresentava-se clinicamente bem, sem alterações ao exame objectivo, à excepção de uma discreta diminuição do murmúrio vesicular direito na auscultação pulmonar, sem outras alterações ao exame objectivo.

Confirmado o diagnóstico de hérnia diafragmática de Morgagni o doente foi submetido a correcção laparoscópica do defeito. Intra-operatoriamente verifica-se a presença de defeito diafragmático bilateral, com presença de conteúdo intestinal intra-torácico, e procedendo-se à sutura do mesmo. Procedimento decorreu sem intercorrências. Doente, neste momento, no 3ºmês de pós-operatório, clinicamente bem, com boa evolução cicatrial das feridas e sem outras queixas.

**Conclusão:** A hérnia de Morgagni constitui uma entidade rara, cujo diagnóstico pode passar despercebido nos primeiros anos de vida, sendo necessário um alto grau de suspeição para o seu diagnóstico. Defeitos cardíacos, mal-rotação intestinal e trissomia 21 são alguns dos defeitos que podem estar associados a esta patologia. A correcção cirúrgica laparoscópica é uma técnica segura e efectiva quer para diagnóstico definitivo, quer para tratamento.

**PO16_13**

## QUANDO A ECOGRAFIA CARDÍACA REVELA A PONTA DO *ICEBERG*

Daniel Meireles[1], Anabela Bandeira[2], Marília Loureiro[3], Sílvia Álvares[3], Esmeralda Martins[2]

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

[2] Unidade de Doenças Hereditárias do Metabolismo do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

[3] Serviço de Cardiologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** As doenças hereditárias do metabolismo são uma causa frequente de cardiomiopatia na idade pediátrica. O atingimento do miocárdio é sobretudo frequente nos quadros de citopatia mitocondrial e está associado a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade neste grupo de patologias.

**Caso-clínico:** Lactente de 9 meses, sexo feminino, terceiro filho, parto eutócico de termo, com Apgar 9/10, peso adequado ao nascimento. Pais saudáveis, não consanguíneos, sem história de abortamentos prévios. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes.

Internado em contexto de bronquiolite aguda grave por Vírus Sincicial Respiratório complicada com hipoxemia e necessidade de suporte ventilatório não invasivo e corticoterapia sistémica. A ecografia cardíaca revelou hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo (VE) não obstrutiva com disfunção sistólica, tendo esta última normalizado durante o internamento.

Evolução clínica favorável do quadro respiratório, mantendo seguimento em consulta externa de Cardiologia Pediátrica. A ecografia cardíaca realizada um mês após o internamento demonstrou manutenção da hipertrofia concêntrica ventricular esquerda. Nos exames complementares efetuados salientamos hiperlactacidemia (4,05 mmol/l), aumento dos níveis de piruvato (230µmol/L), colocando-se a suspeita de citopatia mitocondrial que foi confirmada pelo estudo enzimático dos complexos da cadeia respiratória no músculo - complexo I (22%); II (39%) e IV (25%). Atualmente com 13 anos apresenta um quadro de atingimento multiorgânico com cardiomiopatia hipertrófica do VE não obstrutiva, atraso do desenvolvimento psico-motor, alterações músculo-esqueléticas, estrabismo e nistagmo horizontal.

**Comentários:** No caso descrito, a hipótese de se tratar de uma citopatia mitocondrial foi equacionada pelos achados ecocardiográficos que se mantiveram após resolução do quadro respiratório agudo. As alterações bioquímicas e o estudo da cadeia respiratória mitocondrial permitiram o diagnóstico. A evolução clínica revelou o atingimento multiorgânico característico desta patologia.

**PO16_14**

## DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA – UMA REALIDADE SEMPRE PRESENTE

Inês Pires Duro[1], Rafael Figueiredo[1], Alexandre Fernandes[1], Carla Teixeira[1], Laura Marques[1], Alzira Sarmento[2], Ana Ramos[1]

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

[2] Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** Em idade pediátrica, a doença invasiva pneumocócica afeta principalmente lactentes com idade inferior a 12 meses e crianças com factores de risco, tendo a vacinação antipneumocócica um papel relevante na sua prevenção. O S. pneumoniae é uma das principais causas de meningite bacteriana em crianças, com morbimortalidade importante.

**Caso Clínico:** Adolescente de 12 anos, sexo masculino, com antecedentes de otites de repetição, com Programa Nacional de Vacinação atualizado e 4 doses de imunização antipneumocócica conjugada 7-valente. Admitido no serviço de urgência por otalgia com 24 horas de evolução associada a febre, cefaleias occipitofrontais, vómitos e prostração. Apresentava mau estado geral e obnubilação com flutuação do estado de consciência. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e elevação da proteína C reativa. Efetuada punção lombar com saída de líquido turvo, com pleiocitose (8442 células, 82% polimorfonucleares). Iniciada terapêutica com ceftriaxone e vancomicina. Agravamento progressivo do estado neurológico, com sinais de edema cerebral difuso na tomografia computorizada cerebral, tendo sido entubado e transferido para o serviço de cuidados intensivos pediátricos, onde permaneceu 6 dias com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Isolado S. pneumoniae na hemocultura e no exame bacteriológico do LCR, sensível ao ceftriaxone; serotipo não identificável. Imunoglobulinas normais, com anticorpos específicos presentes, complemento normal, subpopulações linfocitárias normais, serologia VIH negativa, tendo sido excluída asplenia ecograficamente. Evolução clínica favorável, com melhoria progressiva do estado de consciência e do estado neurológico. Cumpriu 14 dias de antibioterapia com ceftriaxone. Orientado para a consulta com recomendação para efetuar imunização antipneumocócica 13-valente.

**Comentários:** Destacamos o facto de ter ocorrido meningite pneumocócica num adolescente previamente saudável, sem fatores de risco, com origem provável numa otite média aguda. Salientamos a importância do reforço com a imunização 13-valente nos doentes vacinados com a 7-valente. O seguimento a longo prazo destes doentes é fundamental para deteção de eventuais sequelas.

## PO16_15
## ANAFILAXIA ALIMENTAR – ADMISSÃO EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Cristiana Ferreira[1], Sara Gonçalves[2], Sandra Rocha[2], Paula Ferreira[2]

[1] Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho

[2] Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Materno Infantil do Norte

**Introdução:** A anafilaxia é uma patologia potencialmente fatal, que se encontra frequentemente subdiagnosticada e mal orientada, havendo o risco de progressão para insuficiência respiratória aguda com edema da glote e colapso cardiovascular, incluindo o choque. A alergia alimentar é a principal causa de anafilaxia em idade pediátrica, sendo os alergénios mais frequentemente implicados (90%): o leite, o ovo, o amendoim e outros frutos secos, o peixe, os crustáceos, a soja, o pêssego e o sésamo.

**Caso clínico 1:** Criança do sexo masculino, 3 anos e 7 meses, com antecedentes de síndrome de enteropatia induzida por proteína alimentar e alergia a proteínas do leite de vaca (teste de provocação oral positivo e sob dieta de evicção), admitida no serviço de urgência (SU) por quadro de vómitos, prostração e hipotensão. História de ingestão de sumo Sunquick (contém leite) 2 horas antes. Administradas adrenalina IM, corticoterapia EV, anti-histamínico EV e fluidoterapia. Por manutenção da instabilidade cardiorespiratória foi transferido para Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP). Teve uma boa evolução clínica, com alta após vigilância de 36 horas.

**Caso clínico 2:** Criança do sexo masculino, 9 anos de idade, com antecedentes de asma brônquica. Após ingestão de rissol de camarão deu entrada no SU por choque anafilático com urticária generalizada e insuficiência respiratória aguda com necessidade de entubação, volemização com soros, administração de adrenalina EV, corticoterapia EV e anti-histamínico EV. Foi transferido para SCIP, com boa evolução e alta após vigilância de 48 horas.

**Discussão:** Os casos apresentados enfatizam a importância do diagnóstico precoce e rápida intervenção na anafilaxia em Pediatria. A prevenção é essencial e baseia-se na evicção do alergénio, muitas vezes difícil pela existência de alergénios ocultos. Após a suspeita de anafilaxia alimentar deve ser prescrito um dispositivo de autoadministração de adrenalina e a criança deve ser orientada para a Consulta de Imunoalergologia, de modo a garantir uma adequada intervenção diagnóstica e terapêutica.

## PO16_16
## DILATAÇÃO DO TRATO URINÁRIO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Cláudia Patraquim[1], Lígia Bessa[1], Sofia Santos[1], Liliana Rocha[1], Teresa Costa[1], Paula Matos[1]

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

**Introdução:** A dilatação do trato urinário (DTU) é uma entidade comum em Pediatria. A etiologia pode ser congénita, mais frequente, ou adquirida, podendo ocorrer devido a processos obstrutivos do trato urinário ou em situações de refluxo vesicoureteral (RVU). A abordagem é individualizada, dependendo da causa.

**Casos Clínicos:** Os autores apresentam 2 casos de crianças com DTU de causa obstrutiva.

Caso 1: Criança do sexo masculino, atualmente com 9 anos. Diagnóstico de DTU -diâmetro anteroposterior (DAP) do bacinete esquerdo (esq) 12mm - como achado ecográfico no contexto do estudo de uma dor abdominal recorrente aos 3 anos de idade (2009). Função renal adequada. Foi vigiado com reavaliação periódica de Renograma com MAG3 que evidenciava função renal conservada e curva de drenagem não obstrutiva. O rastreio de RVU por Cistouretrografia miccional seriada (CUMS) foi negativo. Em 8/2015 apresentou episódio de dor abdominal intensa, associada a hematúria macroscópica, sem febre, queixas urinárias, edemas ou outras perdas hemáticas. Exame sumário de urina com eritrocitúria, sem nitritos. A Ecografia revelou agravamento da dilatação do bacinete esq (DAP 45mm), sem evidência de dilatação do ureter. O Renograma com MAG3 revelou marcado atraso da eliminação. Submetido a pieloplastia em 2/2016. A Ecografia de reavaliação mostrou regressão parcial da dilatação do bacinete esq (DAP 18mm).

Caso 2: Criança do sexo feminino, atualmente com 11 anos. Diagnóstico pré-natal de DTU (DAP bacinete 5mm), vigiada nos primeiros anos de vida num Hospital Distrital com ecografias seriadas. Assintomática, sem registo de infeções do trato urinário (ITU) até à data. Desde 10/2011 com episódios de dor abdominal recorrente, intensa, alívio com a micção. Registo de 2 episódios de ITU (uma febril). A Ecografia realizada em 12/2011 mostrou ectasia pielocalicial esq com DAP do bacinete 47mm. O Renograma com MAG3 mostrou curva de eliminação sugestiva de processo obstrutivo, com função preservada. Submetida a pieloplastia em 1/2012. Ecografias seriadas após cirurgia revelaram ectasia residual e Renograma com MAG3 sem evidência de estase, rins normofuncionantes.

**Conclusão:** Os autores apresentam 2 casos de síndrome de junção com apresentação distinta, mas evolução clínica idêntica.

Para o Pediatra, os principais desafios no estudo de uma DTU consistem em determinar o seu significado funcional, diferenciar os bacinetes obstrutivos dos não obstrutivos, bem como aqueles que requerem apenas vigilância dos que beneficiam de cirurgia.

**PO16_17**

**RGE E BRUE: UMA ASSOCIAÇÃO POR VEZES ÓBVIA MAS DIFÍCIL DE ESTABELECER**

Cláudia João Lemos[1], Liliana Teixeira[1], Mónica Tavares[1], Gisela Silva[1], Ana Ramos[1]

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

**Introdução:** Os episódios de BRUE (Brief Resolved Unexplained Events) combinam sintomas como apneia, alterações da coloração, do tónus muscular ou do estado de consciência em lactentes. Embora o refluxo gastro-esofágico (RGE) seja por vezes a causa dos episódios de BRUE, esta relação é muitas vezes difícil de estabelecer.

**Caso Clínico:** Lactente com 2 meses e meio de vida, de termo, com período perinatal sem intercorrências e com história familiar negativa para síndrome de morte súbita do lactente, convulsões ou epilepsia. Sob aleitamento materno exclusivo e com episódios prévios de regurgitação. Duas semanas antes da admissão hospitalar apresenta episódio caracterizado por hipotonia generalizada associada a palidez cutânea e cianose labial após vómito alimentar, com duração <1min e recuperação após estimulação táctil. Nessa altura, efectuou estudo analitico (sérico e urinário) bem como exames imagiológicos (radiografia torácica e ecografia abdominal) que não revelaram alterações relevantes e teve alta com o diagnóstico provável de BRUE em contexto de RGE. No dia da admissão é internada por ter apresentado três episódios recorrentes de arreactividade associados a hipotonia, palidez e reversão ocular, com duração de segundos e recuperação entre eles, que ocorreram cerca de 20-40 min após a mamada, sem exteriorização aparente de conteúdo alimentar, e reverteram após estimulação materna. O exame objectivo era irrelevante e novamente o estudo analítico (incluíndo o exame citoquímico do líquido cefalo-raquiadiano) não demonstraram alterações valorizáveis. A avaliação por Cardiologia Pediatrica, Neuropediatria e Doenças Metabólicas excluiu estas eventuais etiologias para os episódios recorrentes de BRUE. A impedância-pHmetria esofágica (24h) realizada ainda em regime de internamento permitiu estabelecer uma relação entre os episódios de refluxo e os episódios de dessaturação. Dada a evolução favorável apenas com as medidas posturais anti-refluxo e a possibilidade de estabelecimento de diagnóstico com consequente tranquilização parental, a doente teve posteriormente alta e foi orientada para a consulta de Gastroenterologia Pediátrica.

**Discussão:** O RGE é muito comum na infância e historicamente tem sido muitas vezes associado aos episódios de BRUE. Na suspeita de relação entre episódios de BRUE e RGE, a combinação da impedância com a pHmetria esofágica pode ajudar a estabelecer esta relação.

**PO16_18**

**CARDIOMIOPATIA DILATADA – QUAL A ETIOLOGIA?**

Sara Silva Leite[1], Fábio Barroso[1], Maria João Nabais Sá[2], Esmeralda Martins[3], Marília Loureiro[4], Sílvia Alvares[4]

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

[2] Serviço de Genética Médica do Centro de Genética Médica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

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

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

**Introdução:** A Miocardiopatia dilatada (MCPD) é causa comum de insuficiência cardíaca (IC) e engloba doenças de variadas etiologias, que comummente se caracterizam por dilatação e disfunção sistólica de pelo menos um dos ventrículos. A MCPD classifica-se como idiopática em cerca de 50% dos casos. No entanto, nos últimos anos têm sido identificadas várias mutações de genes que codificam proteínas envolvidas na arquitectura dos miócitos cardíacos, e que estão identificadas como causadoras de MCPD. Nalguns casos, o desenvolvimento da doença é provavelmente multifactorial, podendo a alteração genética conferir maior risco de desenvolver a doença após exposição a factores extrínsecos.

**Caso clínico:** Criança de 10 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, com internamento na UCIP em Maio de 2009 por pneumonia adquirida na comunidade com evolução desfavorável. Da investigação efectuada, constatado um aumento do índice cardiotorácico (=0.65) e no ecocardiograma MCPD com dilatação severa do ventrículo esquerdo (VE). Serologias negativas e isolamento de parainfluenza 3 no lavado nasofaríngeo. Interpretado como provável quadro de miocardite, tendo alta orientado para consulta de Cardiologia pediátrica. Durante o seguimento, manteve oscilações dos valores do pró-BNP (máx 379.9 pg/mL) e da FEVE (39-60%), que justificaram a manutenção da terapêutica anticongestiva. Do estudo efectuado, de referir biópsia muscular e estudo metabólico normais. Em Abril de 2014, foi pedido estudo genético que revelou a presença de mutação c.796G>A, p.(Ala266Thr), em heretozigotia no exão 8 do gene *SGCD*, uma variante de significado desconhecido. O estudo genético dos progenitores não revelou a presença da mesma variante.

**Conclusão**: A MCPD apresenta várias formas de transmissão genética, estando em alguns casos descritos e associadas ao gene *SGCD*, com predomínio da hereditariedade autossómica dominante com penetrância incompleta. Neste caso, a identificação de uma variante de significado desconhecido, na ausência de familiares sintomáticos ou portadores da mesma alteração, não nos permite afirmar ou excluir que a etiologia é genética. Contudo, as alterações são mais a favor de uma etiologia multifactorial, podendo um agente infeccioso ser responsável pelo aparecimento de MCPD num

indivíduo possivelmente susceptível. A terapêutica deve ser baseada nas alterações funcionais, que quando perduram, devem levar à procura exaustiva de uma etiologia, que pode influenciar o aconselhamento genético, assim como a instituição de medidas de prevenção primária.

**PO16_19**

**NEM TUDO O QUE PARECE, É!**

Joana Vanessa Silva[1], Cátia Sousa[2], Tereza Oliva[2], Lúcia Gomes[1]

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

[2] Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto

**Introdução:** A linfadenopatia periférica é uma entidade comum na idade pediátrica, traduzindo na maioria das situações uma resposta benigna, auto-limitada e reacional a uma infeção. Algumas das suas características podem associar-se a doença grave, nomeadamente patologia oncológica, sendo importante o seu reconhecimento e orientação precoce.

**Caso Clínico:** Criança do sexo masculino, 7 anos de idade, previamente saudável. Recorre ao serviço de urgência por tumefação na região supraclavicular esquerda associada a dor local desde há 5 dias e tosse seca com 2 dias de evolução. O exame objetivo revelou uma adenomegalia supraclavicular esquerda, com cerca de 2 cm de maior diâmetro, consistência duro-elástica, móvel e dolorosa à palpação.

Foi realizado estudo analítico e radiografia torácica que não apresentavam alterações relevantes. A ecografia cervical confirmou a existência de adenomegalia de localização supraclavicular com 18 x 10 x 14 mm de maiores diâmetros, bem como a presença de outros gânglios adjacentes de menores dimensões.

Após discussão do caso, a criança foi orientada para consulta externa no Instituto Português de Oncologia no Porto, para estudo complementar e exclusão de uma eventual patologia neoplásica. Realizou biópsia excisional ganglionar, cujo exame histológico e imunocitoquímico sugeriram o diagnóstico de doença da arranhadura do gato. A serologia para Bartonella henselae, em curso no hospital da área de residência, foi IgM e IgG positiva, reforçando o diagnóstico anterior. Posteriormente, foi orientado para consulta de Pediatria Geral.

**Conclusão:** Apesar de menos de 1% das adenopatias serem malignas, devemos reconhecer as de localização supraclaviculares como preditores de malignidade (mais de 75% dos casos), sendo preponderante a sua exclusão. Neste caso e tendo em consideração a sua localização, a biópsia excisional era essencial. O restante estudo complementar e as informações obtidas sobre os animais domésticos existentes no domicílio, foram elementos de extrema importância para o diagnóstico definitivo.

**PO16_20**

## CURVAS DE PERCENTIS: A SUA IMPORTÂNCIA COMO PONTO DE PARTIDA DE UM DIAGNÓSTICO

Joana Vanessa Silva[1], Benedita Aguiar[1], Arménia Oliveira[1], Lúcia Gomes[1], Cristina Rocha[1], Miguel Costa[1]

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

**Introdução:** A avaliação antropométrica permite avaliar o crescimento e o estado de nutrição individual, sendo que a sua apresentação sob a forma de percentis torna possível a confrontação com curvas de referência e a deteção de eventuais desvios da normalidade.

A identificação de alterações na evolução estaturoponderal podem ser as primeiras manifestações de patologias que envolvem uma síndrome de má absorção, como frequentemente se verifica na doença celíaca.

**Caso Clínico:** Adolescente de 11 anos de idade, sexo masculino, com antecedentes de rinite alérgica e dermatite atópica, residente na Alemanha até aos 3 anos de idade, orientado para a consulta de patologia digestiva por má evolução estaturoponderal, sem outra sintomatologia associada. Apesar dos inúmeros registos antropométricos no Boletim de Saúde Infantil, não houve preenchimento das curvas de percentis. Estas revelaram uma desaceleração estaturoponderal desde o sexto mês de vida, de agravamento progressivo. O exame objetivo era irrelevante e a investigação efetuada revelou anemia ferripriva e anticorpos anti-transglutaminase IgA positivos. A endoscopia digestiva evidenciou atrofia da mucosa intestinal e a biópsia confirmou o diagnóstico de doença celíaca, iniciando dieta isenta de glúten.

**Conclusão:** Atualmente a doença celíaca continua a ser subdiagnosticada, muitas vezes por clínica menos específica. No entanto, este caso demonstra a importância da vigilância e devida interpretação da evolução estaturoponderal na criança, pois a doença celíaca é um dos diagnósticos a ter em conta, de tratamento eficaz e cujo o início precoce pode evitar graves complicações.

**PO16_21**

## PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: A REALIDADE DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Joana Vanessa Silva[1], Graça Loureiro[1], Benedita Aguiar[1], Miguel Costa[1], Cláudia Barroso[2], Sílvia Tavares[2], Lúcia Gomes[1]

[1] Serviço de Pediatria/Neonatologia, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga. Directora de Serviço: Fátima Menezes

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

**Introdução:** As perturbações do comportamento alimentar (PCA) constituem uma patologia psiquiátrica, com início habitualmente na adolescência e cuja prevalência e incidência têm vindo a aumentar nesta faixa etária. **Objetivos:** Caracterizar os adolescentes seguidos em consulta de adolescentes e/ou pedopsiquiatria por PCA, analisando parâmetros epidemiológicos, somatometria, tipo e motivo de referenciação, satisfação corporal, distorção da imagem corporal, comportamentos alimentares e compensatórios.

**Métodos:** Estudo retrospectivo e observacional dos adolescentes seguidos em consulta de adolescentes e/ou pedopsiquiatria por PCA, no período de 2009-2015.

**Resultados:** Obteve-se uma amostra de 37 adolescentes, sendo a maioria do sexo feminino (n=36) e com mediana de idade de 15 anos (mínimo 11 anos; máximo 18 anos).

Os pedidos de referenciação tiveram origem noutras consultas de pediatria em 37,8%, no serviço de urgência em 32,4% e a partir do médico de família em 29,7%.

A anorexia nervosa foi o diagnóstico mais frequente (56,7%), seguido por outras complicações do comportamento alimentar e da alimentação (PCAA) com 24,3% (anorexia atípica n=8; bulimia nervosa de baixa frequência e/ou duração limitada n=1), por PCAA sem outra especificação (10,8%), bulimia nervosa (5,4%) e binge eating (2,7%).

O índice de massa corporal mínimo médio foi 19,2 kg/m2 (mínimo 14,3 kg/m2; máximo 30,6 kg/m2).

Verificou-se que a restrição alimentar ocorreu em 91,9% e que 8,1% apresentaram episódios de compulsão alimentar. Relativamente à insatisfação corporal, esta era evidente em 97,2% dos adolescentes. Do total da amostra, 83,8% não tinham antecedentes de excesso de peso/obesidade, dos quais 70,3% apresentavam distorção da imagem corporal. Em 54% dos casos verificou-se a ocorrência de amenorreia ou oligomenorreia. Quase metade dos adolescentes realizavam algum tipo de comportamento compensatório, sendo o mais frequente o aumento da atividade física (61,1%).

**Conclusão:** As PCA associam-se a comorbilidades de relevo, sendo crucial a sua identificação e orientação precoce, de forma a minimizar o seu impacto sobre a vida dos adolescentes e suas famílias.

## PO16_22
## HEMORRAGIA SUPRARRENAL EM RECÉM-NASCIDA: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Graça Loureiro[1], Joana Silva[1],Teresa Andrade[1],Fátima Fonseca[1],Teresa Caldeira[1]
[1] Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

**Introdução:** A hemorragia suprarrenal (HS) neonatal ocorre durante as primeiras semanas de vida. O suprimento vascular único da glândula e o seu elevado tamanho comparado com o peso corporal do recém-nascido (RN) aumentam o risco de HS. Esta ocorre com maior frequência após um parto traumático ou período neonatal complicado de hipoxia, hipotensão ou coagulopatia. O quadro clínico típico cursa com icterícia prolongada e anemia, associadas a massa no pólo superior do rim. Contudo, apresentações incomuns podem ocorrer, sendo importante pensar nesta entidade clínica.

**Caso Clínico:** RN do sexo feminino, gestação de 40 semanas vigiada, pesquisa de SGB positiva. Parto após 3 aplicações de ventosa, com distocia de ombros; circular cervical do cordão umbilical, com necessidade de laqueação prévia. Índice de Apgar 4/7/9 ao 1º, 5º e 10º minutos respetivamente, com necessidade de reanimação com tubo endotraqueal e ventilação por pressão positiva por máscara e FiO2 40%. Admitida na UCIN com quadro clinico compatível de sepsis neoanatal precoce, cumprindo 10 dias de antibioticoterapia. Apresentou desde D1 anemia com reticulocitose (Hb 12,3g/dl e 10,1% respetivamente). Em D8 mantinha quadro de recusa alimentar e hipotonia, dificilmente explicados pelo quadro infecioso, pelo que realiza ecografia abdominal que confirma a presença de hemorragia bilateral das suprarrenais (19x13mm direita e 27x11 mm à esquerda). Fez tratamento de suporte, tendo ficado com aporte oral exclusivo em D14. Manteve evolução clínica favorável.

**Discussão:** A glândula suprarrenal do RN é muito volumosa e vascularizada e por isso mais sensível a traumatismos. Os sintomas de HS podem ser fatais nos casos bilaterais, sendo importante o diagnóstico atempado. Esta RN tinha como fator de risco de HS o parto traumático.

## PO16_23
## LINFANGIOMA ABDOMINAL: UMA DOENÇA RARA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Meireles[1], Ana Luísa Santos[1], Raquel Alves[1], Sílvia Costa Dias[2], Isabel Martins[3]
[1] Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano
[2] Serviço de Radiologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano
[3] Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano

**Introdução:** Os linfangiomas pertencem a um grupo de malformações vasculares do sistema linfático, sendo compostas por canais linfáticos ectasiados. Representam 6% dos tumores benignos, localizando-se cerca de 95% destes tumores na região cervical e axilar, podendo contudo ocorrer em qualquer local anatómico, como abdominal, sendo esta localização rara. A etiologia é desconhecida, mas a causa congénita parece ser a teoria mais aceite. A maioria dos linfangiomas abdominais (LA) é sintomática e o tratamento definitivo neste tipo de lesões é a ressecção cirúrgica.

Apresenta-se um caso clínico incomum de uma criança com um LA.

**Caso Clínico:** Sexo masculino, 30 meses de idade, fruto de gestação de termo, sem intercorrências e com ecografias obstétricas normais.

Aos 7 meses, por má evolução ponderal (MEP) realizou urocultura, que mostrou infecção do tracto urinário. Fez tratamento dirigido, com recuperação ponderal progressiva e ecografia renovesical sem alterações. Aquando da realização da mesma foi feita uma observação sumária da região abdominal identificando-se uma lesão cística no quadrante inferior direito e pelve. Efectuou-se ressonância magnética abdomino-pélvica, que mostrou estrutura cística multiloculada e septada na fossa ilíaca direita com extensão para a escavação pélvica, a envolver o cego e as ansas intestinais, não causando efeito de massa sobre as mesmas, correspondendo a linfangioma mesentérico. Encaminhou-se para consulta de cirurgia pediátrica para orientação.

A criança nunca apresentou sintomatologia nem alterações ao exame objectivo. Após várias observações e avaliações imagiológicas, em consulta de cirurgia pediátrica foi assumida atitude conservadora.

**Discussão:** Os LA têm incidência entre 1:23000 a 1:120000. Nas crianças, o mesentério é a principal localização (50-70%) e 60% diagnosticam-se antes dos 5 anos. A localização do tumor e a idade de diagnóstico do caso clínico são concordantes com a literatura. A clínica varia entre assintomática e abdómen agudo. No entanto, na idade pediátrica, 88% são sintomáticos, sendo a dor abdominal o principal sintoma e 25-77% apresenta massa abdominal palpável. Salienta-se, ainda, a orientação pós-diagnóstica, em que se assumiu atitude expectante, contrariamente ao que mostram a maioria dos estudos.

Os autores pretendem relembrar uma patologia rara, que foi diagnosticada acidentalmente, permitindo uma orientação mais precoce e um tratamento mais dirigido na existência de posteriores eventuais complicações.

**PO16_24**

**CEFALOHEMATOMA PROGRESSIVO – UM SINAL DE ALARME A VALORIZAR**

Catarina Matos de Figueiredo[1], Jorge Abreu Ferreira[1], Catarina Valpaços[1], Sara Morais[2], Luísa Lopes[1], Elisa Proença[1], Ana Novo[1]

[1] Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidade de Neonatologia, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto;

[2] Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** A hemofilia A é um distúrbio hemorrágico hereditário, de transmissão recessiva ligada ao X, causado pela deficiência de fator VIII. A gravidade da doença é caracterizada pelo nível de atividade residual do fator, sendo inferior a 1% em 2/3 dos casos. As hemorragias mais comuns no período neonatal incluem as secundárias a punções venosas, cefalohematoma, hemorragia subgaleal e do sistema nervoso central.

**Caso clínico:** Recém-nascido, sexo masculino, fruto de gestação vigiada, com serologias e marcadores víricos sem evidência de infeção e ecografias seriadas normais. Mãe portadora assintomática de mutação para hemofilia A (inversão da região 3 do gene F8 envolvendo o intrão 22) e tio materno com hemofilia A. Cesariana eletiva, às 39 semanas, com aplicação de ventosa. Índice Apgar 8/9. Transferido para o CMIN às 18 horas de vida por cefalohematoma rapidamente progressiva com anemia grave (Hb 7,1g/dL) em contexto de provável hemofilia neonatal. À admissão, quadro de choque hipovolémico, cefalohematoma, hemorragia subgaleal extensa e múltiplas petéquias em progressão. Constatada acidose metabólica grave, trombocitopenia, prolongamento do aPTT e défice grave de fator VIII (0,25%). Necessitou de ventilação invasiva, volemização, concentrado eritrocitário, suporte inotrópico, bicarbonato e administrações seriadas de fator VIII. Evolução clínica favorável com controlos ecográficos seriados sem evidência de hemorragia intracraniana e exame clínico, incluindo neurológico, à data da alta (D10) sem alterações.

**Discussão:** O aconselhamento médico perante mães portadoras de hemofilia deve ser reforçado, nomeadamente no que refere à probabilidade do feto ser afetado, ao momento do diagnóstico e à programação do parto de forma a minimizar os riscos conhecidos em caso de doença. O tipo de parto indicado não é consensual, sendo, no entanto, determinante a evicção do parto instrumentado.

Com este caso, os autores pretendem salientar que situações desta gravidade devem ser reconhecidas e tratadas atempadamente devido ao risco de rápida evolução para um quadro de choque e coagulopatia com mau prognóstico associado. Nesse sentido, devem ser assegurados os cuidados necessários, nomeadamente a rápida disponibilidade de fator VIII. Estes motivos justificam assim a necessidade de um seguimento em centros de referência de cuidados obstétricos, neonatais diferenciados.

**PO16_25**

## QUANDO O ERITEMA PERINEAL NÃO PASSA…

Liliana Teixeira[1], Inês Duro[1], Helena Silva[1], Rosa Lima[1], Ana Ramos[1]

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

**Introdução:** O eritema perineal é a alteração cutânea mais comum nos lactentes e crianças, sendo a dermatite da fralda – dermatite de contato irritativa e a candidíase perineal as principais causas. Contudo, perante um eritema perineal que não melhora devemos pensar noutras etiologias como por exemplo alergia às proteínas do leite de vaca, acrodermatite enteropática ou histiocitose de células de langerhans.

**Descrição Caso Clínico:** Criança do sexo feminino, atualmente com 20 meses de idade, fruto de uma gravidez vigiada, parto eutócico às 35 semanas, índice de APGAR 10/10 (1º/5ºmin) e somatometria adequada à idade gestacional. Pai com antecedentes de asma e rinite alérgicas. No 8º dia de vida iniciou um eritema perineal exuberante, assimétrico, refractário ao tratamento tópico com corticóide e antifúngico e de agravamento progressivo. Sem outras lesões cutâneas associadas. Por volta do 1º mês de vida houve o aparecimento de úlceras perineais, associado a dejecções diarreicas com muco, sem sangue. Sob aleitamento materno (LM) exclusivo, sem vómitos e com evolução ponderal adequada. Nesta altura é colocada a hipótese de alergia às proteínas do leite de vaca (APLV). Do estudo complementar destaca-se: hemoglobina 16.4 g/dL, leucócitos 16.450/μL (neutrófilos 2.800/μL, linfócitos 11.020/μL, eosinófilos 820/μL), PCR <1 mg/L, exame virológico e bacteriológico de fezes negativos, elastase fecal normal – 501 μg/g, e calprotectina elevada – 534 μg/g. Foi iniciada evicção estrita de produtos lácteos da dieta materna com ligeira melhoria. Aos 2 meses de idade foi suspenso o LM e iniciado leite extensamente hidrolisado (LEH) com melhoria clínica e completa resolução das lesões perineais. Doseamento de IgE's específicas para leite, alfa-lactoalbumina, beta-lactoglobulina e caseína negativas – APLV não IgE mediada. Manteve LEH até aos 12 meses de idade, tendo realizado prova de provocação com leite de vaca aos 13 meses que foi negativa pelo que reiniciou leite de vaca, encontrando-se atualmente assintomática.

**Comentários:** Esta apresentação clínica não é a mais habitual na APLV mas a presença de outros achados como a existência de fissuras e úlceras, bem como a presença de muco ou sangue nas fezes são preditores desta etiologia. O tratamento passa por dieta de evicção e a reavaliação de aquisição de tolerância deve ser realizada 3-12 meses após o início do tratamento.

**Palavras-chave:** eritema perineal, úlceras perineais, alergia às proteínas do leite de vaca

**PO16_26**

## TUMEFAÇÃO DA REGIÃO FRONTAL – SERÁ HEMATOMA?

Cláudia João Lemos[1], Liliana Teixeira[1], Alexandre Fernandes[1], Catarina Sousa[2], Ana Ramos[1]

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

[2] Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** As tumefações na região frontal do crânio numa criança saudável são habitualmente pós-traumáticas. Os autores apresentam um caso clínico que ilustra a importância da pesquisa de outras etiologias.

**Caso Clínico:** Criança sexo feminino de 15 meses, sem antecedentes patológicos relevantes, sem história de infeções respiratórias, com boa evolução estaturo-ponderal e desenvolvimento psico-motor normal.

Observada na consulta de Pediatria por tumefação na região frontoparietal esquerda com cerca de 4 semanas de evolução, com rubor intermitente, não dolorosa. Não frequenta infantário, estando aos cuidados dos pais que negam traumatismo prévio, febre, anorexia, perda ponderal ou alterações do comportamento. Ao exame objetivo apresentava tumefação com cerca de 3x4cm, na região fronto-parietal esquerda, com consistência mole, não móvel, sem sinais inflamatórios associados e sem alteração da pigmentação. A radiografia de crânio demonstrou área unilateral hipertransparente de limites bem definidos na região frontoparietal e a ecografia revelou imagem focal, relativamente circunscrita, com aparente interrupção da calote, medindo 29x16 mm, com padrão ecostrutural interno complexo. A tomografia computadorizada cranio-encefálica confirmou lesão ocupando espaço, centrada na calote craniana frontal esquerda, com destruição óssea, apresentando margens ósseas biseladas e massa com densidade de tecidos moles algo heterogénea, de limites regulares e bem definidos. Avaliada por Neurocirurgia que colocou a hipótese de quisto dermóide, orientando-se para exérese da lesão. Radiografia de corpo inteiro sem alterações osteo-articulares e analiticamente sem alterações relevantes.

Cerca de 1 mês depois, aparecimento de lesão exofítica da arcada dentária inferior à esquerda, discretamente sangrante, pelo que foi orientada para o IPO do Porto.

**Discussão:** Apesar da maioria dos casos de tumefação do crânio resultarem de traumatismos, no caso apresentado o tempo de evolução da mesma e as suas características motivaram uma investigação da etiologia.

**PO16_27**

## HEMANGIOMA DO CORDÃO E PERSISTÊNCIA DO ÚRACO: UMA ASSOCIAÇÃO INESPERADA

Ana Lachado[1], Fábio Barroso[1], Rafael Brás[2], Mariana Alves[2], Maria do Céu Rodrigues[2], Pedro Roquete[3], Ana Coelho[4], Sofia Marinho[4], Fátima Carvalho[4], Elisa Proença[1], Céu Mota[1]

[1]Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Unidade de Neonatologia, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto

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

[3] Laboratório de Anatomia Patológica, HicisLab

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

**Introdução:** O hemangioma do cordão umbilical é um tumor benigno de células endoteliais extremamente raro estando descritos 44 casos desde 1951. Habitualmente é uma lesão isolada havendo contudo casos descritos de associação a persistência do úraco. O seu crescimento pode comprometer a circulação umbilical e causar morte fetal.

**Caso clínico:** Recém-nascido, sexo feminino, de mãe com 37 anos, primigesta e com serologias sem sinais de infeção. Diagnóstico pré-natal de onfaloncelo, hematoma do cordão e dilatação ligeira bilateral do bacinete. No ecocardiograma fetal não foi possível a visualização da crossa da aorta. Cariótipo fetal 46, XX.

Cesariana às 38 semanas. Índice de Apgar 8/8/10 e somatometria adequada. Exame objetivo sem alterações, com exceção, de massa com cerca de 3x3cm na porção proximal do cordão umbilical, dura, não redutível. Cordão umbilical com 2 artérias e uma veia. Realizou exérese da lesão sendo descrita hérnia do cordão associado a persistência do úraco e lesão tumoral sólida que se exteriorizava pelo defeito e se prolongava pela parede antero-lateral da bexiga. Cistografia sem alterações aparentes.

Internamento na UCIN com evolução clínica favorável. Por risco infecioso cumpriu 7 dias de antibioterapia. Esteve algaliada até D5 com diurese adequada e função renal normal. Ecografia reno-vesical revelou dilatação piélica ligeira do bacinete direito, tendo iniciado trimetoprim profilático. Doseamento de alfafetoproteina 12125 ug/L. Ecocardiograma e ecografia transfontanelar sem alterações. Teve alta em D16, com boa cicatrização da ferida operatória.

Exame anatomopatológico da peça cirúrgica compatível com hemangioma de uma artéria umbilical e persistência do úraco.

**Comentários:** O diagnóstico de hemangioma no período pré-natal pode ser confundido com onfaloncelo e a presença de hemorragia aguda após rotura espontânea aumenta esta dificuldade. É necessária a exclusão de malignidade. A persistência do úraco isolada apresenta bom prognóstico, contudo quando associada a outras anomalias estruturais justifica uma avaliação e seguimento a longo prazo.

# índice de autores

Abreu AT; PO16_10
Aguiar BB; PO16_01, PO16_20, PO16_21
Álvares S; PO16_13, PO16_18
Alves M; PO16_27
Alves R; PO16_23
Alves S; CO16_04
Andrade T; PO16_22
Bandeira A; PO16_13
Baptista C; PO16_11
Barbosa JS; CO16_11
Barroso C; PO16_21
Barroso F; PO16_18, PO16_27
Batista AR; CO16_01
Belo RR; CO16_01
Bessa L; PO16_07, PO16_08, PO16_16
Borges T; CO16_06
Brás R; PO16_27
Bravo E; CO16_08
Brito H; CO16_02
Caetano C; PO16_09
Caldeira T; PO16_22
Cândido C; CO16_01, PO16_11
Cardoso H; CO16_06
Carvalho F; CO16_11, PO16_09, PO16_12, PO16_27
Carvalho F; CO16_07
Carvalho S; CO16_09
Castro Henriques A; PO16_07
Coelho A; CO16_11, PO16_09, PO16_12, PO16_27
Costa C; PO16_02
Costa M; PO16_01, PO16_10, PO16_20, PO16_21
Costa T; CO16_05, PO16_07, PO16_08, PO16_16
Dias R; CO16_04
Dias SC; PO16_23
Duro IP; CO16_12, PO16_14, PO16_25
Falcão I; CO16_07
Fernandes A; CO16_12, PO16_14, PO16_26
Fernandes PC; CO16_04
Ferreira C; CO16_05, PO16_08
Ferreira C; PO16_15
Ferreira H; CO16_04
Ferreira JA; PO16_24
Ferreira LM; CO16_05
Ferreira P; PO16_15
Ferreira PR; CO16_02
Figueiredo CM; CO16_06, PO16_24
Figueiredo R; CO16_03, PO16_09, PO16_14
Fonseca F; PO16_22
Fonseca J; CO16_10
Fonseca P; CO16_07
Freitas J; CO16_06, PO16_09
Gomes L; PO16_01, PO16_10, PO16_19, PO16_20, PO16_21
Gomes MM; CO16_09, CO16_10
Gonçalves S; PO16_15
Guardado V; CO16_05
Guedes M; CO16_04
Guimarães NM; CO16_05
Guimarães P; PO16_05
Lachado A; PO16_27
Leite SS; PO16_18
Lemos C; CO16_12
Lemos CJ; PO16_17, PO16_26
Lima R; PO16_25
Lopes L; PO16_24
Lopes T; CO16_07
Lorenzo J; PO16_03
Loureiro G; PO16_05, PO16_21, PO16_22
Loureiro M; PO16_13, PO16_18
Madureira C; CO16_07
Maio I; PO16_03
Marinho AS; CO16_11, PO16_12, PO16_27
Marques E; PO16_01
Marques L; CO16_02, CO16_12, PO16_14
Martins A; CO16_10
Martins C; PO16_11
Martins E; PO16_13, PO16_18
Martins I; PO16_23
Martins V; CO16_01, PO16_11
Matos P; CO16_04, CO16_05, PO16_07, PO16_08, PO16_16
Medeiros I; CO16_08
Meireles A; PO16_23
Meireles D; PO16_13
Mendes G; CO16_12
Miranda S; PO16_02
Morais S; PO16_24
Mota C; PO16_27
Mota C; CO16_04, CO16_05, PO16_07
Mota TC; CO16_10
Novo A; PO16_24
Oliva T; PO16_19
Oliveira A; PO16_20
Oliveira F; CO16_07
Oliveira MJ; CO16_06, CO16_10
Oliveira R; CO16_02
Patraquim C; CO16_10, PO16_07, PO16_08, PO16_16
Peixoto S; CO16_01
Pereira M; PO16_04
Pereira T; PO16_05
Pinheiro T; PO16_05
Pinto JM; PO16_12
Pontes T; CO16_09
Popik E; CO16_06
Preto C; CO16_04
Proença E; PO16_24, PO16_27
Quelha S; PO16_04
Ramos A; CO16_03, CO16_12, PO16_14, PO16_17, PO16_25, PO16_26
Recamán M; CO16_11
Ribeiro A; CO16_08
Ribeiro A; CO16_10
Ribeiro P; PO16_05
Rocha C; PO16_20
Rocha L; CO16_05, PO16_07, PO16_08, PO16_16

Rocha P; CO16_04
Rocha S; CO16_02, PO16_15
Rodrigues M; CO16_05
Rodrigues MC; PO16_27
Rolim S; CO16_07
Roquete P; PO16_27
Sá AS; PO16_11
Sá MN; PO16_18
Sameiro Faria M; CO16_05, PO16_07
Santos AL; PO16_23
Santos S; PO16_07, PO16_08, PO16_16
Santos Silva E; CO16_02, PO16_09
Sarmento A; CO16_02, PO16_14
Sequeira JB; PO16_12
Silva A; CO16_04
Silva G; PO16_17
Silva H; PO16_25
Silva HM; PO16_09
Silva J; PO16_01
Silva JV; PO16_19, PO16_20, PO16_21, PO16_22
Silva M; PO16_04
Sousa C; PO16_12, PO16_26
Sousa C; PO16_19
Tavares M; PO16_17
Tavares S; PO16_21
Tavares S; PO16_03
Teixeira L; CO16_03, PO16_09, PO16_17, PO16_25, PO16_26
Teixeira C; CO16_02, CO16_12, PO16_14
Valpaços C; PO16_24
Ventura S; PO16_04

# Sponsors and exhibitors
# Apoios e expositores

# AGENDA ADEMI 2017

Módulo II do Curso de Ventilação Mecânica Domiciliária:

Traqueostomia e ventilação mecânica de longa duração

20 de janeiro

1.as Jornadas de Cirurgia Pediátrica para Pediatria e

Medicina Geral e Familiar

3 de fevereiro

**Informação disponível em www.ademi.pt**

# XXVIII Reunião Anual de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte

25. 26 novembro '16

Auditório do CMIN