



Comentários ao número de Verão da Acta Pediátrica Portuguesa (2008:39(4))

Carta

1. Descrição de um caso clínico.

Um caso clínico envolve um problema e a sua solução. A descrição deve permitir que o leitor faça o seu próprio raciocínio tal com se fosse o médico responsável; assim se estimula o raciocínio clínico e se capta o interesse do leitor. Começar a descrição de um caso clínico pelos antecedentes pessoais e familiares é meio caminho andado para desinteressar o eventual leitor. Era o que acontecia com o ensino da História do meu tempo; gastava-se tanto tempo a ensinar Grécia e Roma que nunca se chegava às guerras liberais.

O livro único do ensino liceal de História, de António Mattoso, falava das **guerras púnicas**. Para além da estranheza de chamar púnicas a guerras entre romanos e cartagineses, a introdução rezava assim: “*Os mamertinos, piratas da Campânia, foram atacar Hierão, rei de Siracusa...*”

Sempre gostei de História mas detestava as “guerras púnicas”.

Agora vamos reler o número de Verão da Acta Pediátrica Portuguesa:

a) Relato de caso (*Acta Pediatr Port 2008:39(4):149-51*)

Criança, sexo feminino, seis anos de idade, caucasiana, filha única de pais jovens e saudáveis, não consanguíneos. A gestação foi de 36 semanas, vigiada e sem intercorrências. O parto foi por cesariana (por circular do cordão). O índice de Apgar ao nascimento foi 1/2/10 ao 1º/5º e 10º minutos respectivamente, com necessidade de intubação na sequência de asfíxia. A antropometria ao nascimento era adequada à idade gestacional (peso 2350 g/ comprimento 46 cm/ perímetro cefálico 32 cm - p 10-50 de Lubchenco). Foi efectuado rastreio metabólico. Efectuou leite materno exclusivo até ao mês de idade. O desenvolvimento psicomotor foi adequado. Ocorreu cruzamento das curvas de percentis de peso e estatura desde os três anos de idade. Teve, no último ano, um internamento por pneumonia, e outro de curta duração, por desidratação hiponatémica ligeira, no contexto de vômitos incoercíveis, tendo recorrido ao Serviço de Urgência duas semanas depois por vômitos com cerca de 24 horas de evolução, sem febre ou outra sintomatologia acompanhante.

b) Relato de caso (*Acta Pediatr Port 2008:39(4):139-40*)

Lactente de 9 meses de idade, previamente saudável, com plano nacional de vacinação cumprido, duas doses de vacina anti-meningococo C e três doses de vacina antipneumocócica conjugada pentavalente, crescimento estatura-ponderal regular (P50-75) e desenvolvimento psicomotor adequado à idade. Foi levado ao serviço de urgência do hospital da área de residência por prostração, náuseas e vômitos, com início essa manhã.

c) Relato de Caso (*Acta Pediatr Port 2008:39(4):141-5*)

Relata-se o caso de um jovem do sexo masculino com 18 anos de idade, filho de pais não consanguíneos, com antecedentes familiares irrelevantes. A gravidez decorreu sem complicações, sendo o parto eutócico, de termo, com sinais de sofrimento fetal mal esclarecidos. Desde o nascimento evidenciou-se microcefalia (com restante somatometria adequada), dismorfia sugestiva de doença neurogenética, atraso global e profundo do desenvolvimento psicomotor com alterações do movimento de tipo discinético/distónico, sendo proposto o diagnóstico de encefalopatia não progressiva. Foi diagnosticada Síndrome de West aos seis meses, medicado com hormona adrenocorticotrófica (ACTH) e posteriormente valproato de sódio (VPA), ficando com epilepsia controlada com VPA (sem convulsões desde os nove anos, controlado com 17mg/Kg/dia aos 18 anos). A investigação genética, infecciosa (pré-natal), metabólica e imagiológica (incluindo ressonância magnética encefálica) foi negativa. Tinha ainda diagnóstico de miocardiopatia dilatada à direita desde os 16 anos desconhecendo-se a função ventricular. Evidenciaram-se alterações graves do comportamento, sendo medicado com haloperidol 0,5mg (0,016mg/Kg/dose) em SOS, uma vez por dia à noite desde os 16 anos.

2. Sempre que possível, a descrição dos factos não deve deixar margem para dúvidas.

a) O SMN (*Acta Pediatr Port 2008:39(4):141-5*) é um síndrome semelhante ao golpe de calor; os critérios da AAPSi exigem “Ausência de outra etiologia (tóxica, neurológica ou outra).”

Para se poder **excluir** o “golpe de calor” não basta dizer que “não há história de exposição ao calor” quando o incidente ocorreu “No início de Setembro, durante as férias de Verão, fora do seu ambiente habitual,” a um jovem com atraso profundo de desenvolvimento que foi hospitalizado com grave desidratação (Creatinina 2mg/dL, densidade urinária de 1038) hipernatémica (Na 157 mM/L), que não acontece no SMN.

b) A qualidade da discussão é crucial para avaliar o fundamento do diagnóstico e a isenção do autor: “*A favor de SMN, note-se que os antipiréticos não tiveram efeito na redução da temperatura (uma vez que o ponto de referência da temperatura do hipotálamo não está alterado na SMN ao contrário da sépsis)*”. Faz sentido?

c) Não contesto o diagnóstico, apenas me incomoda a excessiva confiança: “*Relata-se um caso de hipertermia maligna por SMN...*”; e também a redacção: “*um caso de hipertermia maligna por SMN...*” ou “*... medicado com haloperidol ... em SOS, uma vez por dia à noite.*”

3. Por fim aprendi que “*A toxocarose é a infestação parasitária por helmintas mais frequente no Mundo, sendo particularmente prevalente na população pediátrica.*”

Acta Pediatr Port 2008;39(4):171-5.

Não ponho em causa este facto; interrogo-me sobre a sua relevância para a maioria dos médicos portugueses que não colaboram com a AMI? Será a prevalência da China semelhante à do Alentejo?

Prof. Carmona da Mota

Resposta dos autores

Foram enviados, aos autores dos artigos citados pelo Prof. Carmona da Mota, pedidos de resposta sendo publicada a única recebida.

António Gomes

Em resposta aos Comentários do Prof. Henrique Carmona da Mota acerca do artigo “Síndrome maligno do neurolépticos (SMN) – Dificuldades de diagnóstico no serviço de urgência” (*Acta Pediatr Port 2008; 39 (4): 141-5*) gostaríamos de salientar os seguintes aspectos:

1. Ao iniciar a descrição do caso clínico pelos antecedentes pessoais, pretendemos apenas enquadrar o leitor, dado que são

factores de risco para o SMN a existência de encefalopatia prévia, atraso do desenvolvimento e perturbação do comportamento medicada com neurolépticos.

2. A exclusão da hipótese de golpe de calor foi efectuada com base na descrição dos pais de inexistência de exposição ao calor; o facto de apresentar diaforese das extremidades é também pouco sugestiva desta entidade que se pode apresentar com uma clínica semelhante ao SMN, mas em que os doentes apresentam pele seca e flacidez cutânea (*Tonkonogy J, Sholevar DP. emedicine - Neuroleptic malignant syndrome, updated 2006*). A desidratação hipernatrémica pode ser um factor precipitante de SMN, mas este último pode também contribuir para a diminuição do aporte hídrico e ter como consequência esta desidratação. A alteração da função renal pode ser consequência da desidratação e rabdomiólise

3. Acerca do papel dos antipiréticos gostaríamos de clarificar este ponto afirmando que ao inverso do que acontece na resposta febril a uma infecção subjacente, em que há uma elevação do ponto de referência da temperatura controlada pelo hipotálamo, tal não acontece na hipertermia induzida pelo SMN; assim o uso de antipiréticos não se justifica (*Frank LoVecchio, Neal A. Lewin. Antipsychotics - Golfrank's Toxicologic Emergencies*). Deste modo, a ausência de resposta aos antipiréticos é mais um dado a favor da hipótese de diagnóstico de SMN.

Sónia Pimentel, Rita Silva, Eulália Calado
Serviço de Neurologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.