

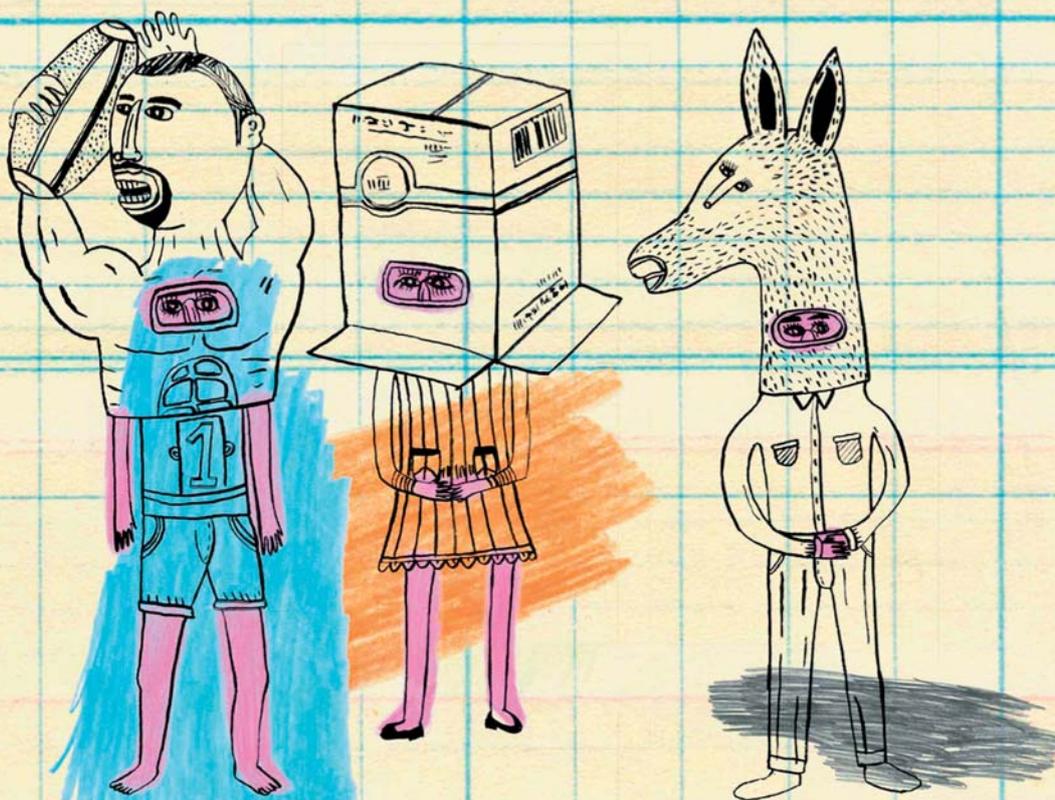
Vol. 39, n.º 5
Setembro / Outubro 2008
Suplemento I

ACTA PEDIÁTRICA PORTUGUESA

Órgão da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Revista de Medicina da Criança e do Adolescente

9^o DESPORTO, MEDICAMENTO E COMPORTAMENTO
**CONGRESSO
NACIONAL
DE
PEDIATRIA**
15 A 18 OUTUBRO 2008
ALFÂNDEGA, PORTO



ACTA PEDIÁTRICA PORTUGUESA

Vol 39 Nº 3 Setembro – Outubro 2008

Suplemento I

(Orgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Pediatria)

www.spp.pt

app@spp.pt

Fundador

Carlos Salazar de Sousa

CONSELHO EDITORIAL

Director

João M. Videira Amaral - Lisboa

Editores Associados

Luís Pereira-da-Silva - Lisboa

Jorge Amil Dias - Porto

Guiomar Oliveira - Coimbra

Coordenadores de Edição

Daniel Virella - Lisboa

António Gomes - Almada

Secretariado

Maria Júlia Brito - SPP

Conselho Científico

Aguinaldo Cabral

Alexandra Seabra Diniz

Ana Cadete

Ana Medeira

Ana Xavier

Carlos Figueiredo

Guiomar Oliveira

Helena Jardim

José A. Oliveira Santos

José Cabral

José Luís Fonseca

João Gomes-Pedro

José Frias Bulhosa

José Gonçalo Marques

Libério Ribeiro

Lucília Norton

Manuel Fontoura

Maria José Vieira

Miguel Coutinho

Olavo Gonçalves

Óscar Tellechea

Paolo Casella

Rui Anjos

Teresa Tomé

(Sociedade Portuguesa de D. Metabólicas)

(Secção de Cuidados Intensivos)

(Secção de Reabilitação Pediátrica da SPMFR)

(Sociedade Portuguesa de Genética Humana)

(Grupo Port. de Oftalmologia Ped. e Estrabismo)

(Secção de Medicina do Adolescente)

(Secção de Pediatria do Desenvolvimento)

(Secção de Nefrologia)

(Secção de Pneumologia)

(Secção de Gastrenterologia e Nutrição)

(Secção de Pediatria Ambulatória)

(Secção de Educação Médica)

(Ordem dos Médicos Dentistas)

(Secção de Infecçiology)

(Secção de Imuno-Alergologia)

(Secção de Hematologia e Oncologia)

(Secção de Endocrinologia)

(Secção de Reumatologia)

(Subcomissão de ORL Pediátrica da SPORL)

(Sociedade Portuguesa de Neuropediatria)

(Sociedade Port. de Dermatologia e Venereologia)

(Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica)

(Secção de Cardiologia Pediátrica)

(Secção de Neonatologia)

Editores Correspondentes (Países de Língua Oficial Portuguesa)

Luís Bernardino - Angola

Paula Vaz - Moçambique

Renato Procianny - Brasil

Directores ex-officio

(Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura, Revista Portuguesa de Pediatria e Acta Pediátrica Portuguesa)

Carlos Salazar de Sousa

Mário Cordeiro

Maria de Lourdes Levy

Jaime Salazar de Sousa

António Marques Valido

João Gomes-Pedro

Presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Luís Januário

Missão da APP: A APP, sucessora da Revista Portuguesa de Pediatria, é uma revista científica funcionando na modalidade de revisão prévia dos textos submetidos ao corpo editorial por colegas peritos em anonimato mútuo (*peer review*). É dirigida essencialmente a pediatras (vertentes médico-cirúrgica) e a médicos em formação pós-graduada para obtenção das respectivas especialidades no pressuposto de que os conteúdos interessam a outros médicos e profissionais interessados na saúde da criança e adolescente inseridos no respectivo meio familiar e social. A APP pretende abarcar um vasto leque de questões sobre investigação, educação médica, pediatria social, prática clínica, temas controversos, debate de opiniões, normas de actuação, actualização de temas, etc. São adoptadas diversas modalidades de divulgação: editoriais, espaços de discussão, artigos originais, artigos sobre avanços em pediatria, resumos de estudos divulgados em eventos científicos, notícias sobre eventos científicos e organismos estatais e não estatais devotados à criança e adolescente.

A revista científica Acta Pediátrica Portuguesa (APP) (ISSN 0873-9781) é propriedade da Sociedade Portuguesa de Pediatria, com responsabilidade administrativa da respectiva Direcção. A publicação é bimestral com todos os direitos reservados. A coordenação dos conteúdos científicos é da responsabilidade do corpo editorial da APP (Director e Director Adjunto, Editores Associados, Coordenador de Edição e Conselho Editorial). A responsabilidade dos textos científicos publicados pertence aos respectivos autores, não reflectindo necessariamente a política da SPP.

Administração: Sociedade Portuguesa de Pediatria – Rua Amílcar Cabral, 15, r/c I – 1750-018 Lisboa – Telef.: 217 574 680 – Fax: 217 577 617 • **Secretariado e Publicidade:** Júlia Brito – Rua Amílcar Cabral, 15, r/c I – 1750-018 Lisboa – Telef.: 217 574 680 – Fax: 217 577 617 • **Redacção:** Sociedade Portuguesa de Pediatria – Rua Amílcar Cabral, 15, r/c I – 1750-018 Lisboa – Telef.: 217 574 680 – Fax: 217 577 617 • **Condições de Assinatura:** 1 Ano, Continente e Ilhas: 24,94 Euros, Estrangeiro US\$40 • N° Avulso 7,48 Euros • **Distribuição Gratuita aos Sócios da Sociedade Portuguesa de Pediatria** • **Composição e Impressão:** Quadrador - artes gráficas, lda. Rua Comandante Oliveira e Carmo, 18-C, Cova da Piedade, 2805-212 Almada – Telef.: 212 744 607 – Fax: 212 743 190 – e-mail: prepress@quadrador.pt • **Tiragem:** 3000 Exemplares • **Correspondência:** Sociedade Portuguesa de Pediatria – Rua Amílcar Cabral, 15, r/c I – 1750-018 Lisboa

Parcerias: Danone • Merck Sharp & Dohme • Milupa Portuguesa • Nestlé Portugal • Schering-Plough

ÍNDICE

ACTA PEDIÁTRICA PORTUGUESA

NOTA DE BOAS VINDAS	
<i>António Guerra</i>	SV
ORGANIZAÇÃO E DIRECÇÃO	SVI
PROGRAMA CIENTÍFICO DO 9º CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA	SVII
COMUNICAÇÕES ORAIS	S1
POSTERS COM APRESENTAÇÃO EM SALA	S11
POSTERS COM DISCUSSÃO	S23

CONTENTS

ACTA PEDIÁTRICA PORTUGUESA

WELCOME NOTE	
<i>António Guerra</i>	SV
ORGANIZATION AND COMMITTEES	SVI
SCIENTIFIC PROGRAM OF THE 9TH NATIONAL CONGRESS OF PEDIATRICS	SVII
ORAL COMMUNICATIONS	S1
POSTERS PRESENTED IN ROOM	S11
POSTERS WITH DISCUSSION	S23



BEM VINDOS

ao 9º Congresso Nacional de Pediatria!



Tal como em Congressos anteriores é objectivo do 9º Congresso Nacional de Pediatria proporcionar, não apenas aos pediatras mas também a todos os profissionais que lidam com a saúde e bem-estar da criança e do adolescente, a possibilidade de actualização e de aquisição de novos conhecimentos em vários domínios do conhecimento científico.

Neste sentido, foi preocupação da Direcção da SPP a selecção de temas actuais com importância e impacto na saúde da criança e do adolescente. Sabemos que todos os temas relativos à medicina pediátrica são importantes mas alguns são abordados com uma maior frequência nos Congressos ou na generalidade das reuniões científicas pediátricas. Os problemas de saúde das sociedades em geral são actualmente diferentes, com o aparecimento de novas patologias, um novo contexto social e também novos estilos de vida. Por outro lado, a evolução do conhecimento tem levado ao reconhecimento da importância da intervenção de outros profissionais de áreas médicas e não-médicas, também com responsabilidade na saúde e bem-estar da criança e do adolescente.

É deste modo que a Direcção da SPP escolheu três áreas que não são habitualmente seleccionadas como temas para apresentação e debate nas reuniões pediátricas e que são o desporto, o medicamento e os comportamentos.

É ainda objectivo do Congresso o incentivo à investigação, pilar fundamental na actividade de todos os que prestam cuidados assistenciais. Por este estímulo passam também a atribuição de prémios às melhores comunicações a serem apresentadas no Congresso, relativas a trabalhos de investigação científica, revisões casuísticas ou casos clínicos. Pretende-se assim incentivar e motivar os internos de pediatria para esta vertente, já que não é possível imaginar uma boa prática clínica completamente desinserida de uma atitude pró-activa relativamente à investigação. De igual modo a formação pós-graduada e a formação contínua constituem um dos pilares da Pediatria, traduzidas no Congresso pela realização de cursos pré-congresso particularmente destinados aos internos de pediatria.

Finalmente o Congresso será também uma oportunidade de partilha de vivências e de experiências clínicas/profissionais e uma oportunidade de encontro ou de reencontro de profissionais e de amigos que torna esses momentos num agradável convívio.

Em nome da Sociedade Portuguesa de Pediatria e da Comissão Organizadora deste Congresso o agradecimento a todos que colaboraram para a sua concretização ou que nos honram com a sua presença.

A todos desejamos um bom Congresso!

Prof. Doutor António Guerra

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria

ORGANIZAÇÃO E DIRECÇÃO

Presidente do Congresso

Luís Januário
(Presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria)

Comissão Organizadora

Luís Januário
António Guerra
Amélia Cavaco
Ana Luísa Teixeira
Inês Azevedo
José António Pinheiro
Maria João Brito
Teresa Bandeira

Comissão Científica

Alexandra Seabra Dinis (Presidente da Secção de Cuidados Intensivos)
Ana Isabel Lopes (Presidente da Secção de Gastroenterologia e Nutrição)
Carlos Figueiredo (Presidente da Secção de Medicina do Adolescente)
Fernanda Rodrigues
Guilhermina Fonseca (Presidente da Secção de Endocrinologia)
Guiomar Oliveira (Presidente da Secção de Pediatria do Desenvolvimento)
Helena Jardim (Presidente da Secção de Nefrologia)
João Gomes Pedro
José Gonçalo Marques (Presidente da Secção de Infecçãoologia)
José Luís Fonseca (Presidente da Secção de Pediatria Ambulatória)
Leonor Sassetti
Libério Ribeiro (Presidente da Secção de Imunoalergologia)
Lucília Norton (Presidente da Secção de Hematologia e Oncologia)
Maria José Vieira (Presidente da Secção de Reumatologia Pediátrica)
Oliveira Santos (Presidente da Secção de Pneumologia)
Pedro Menezes
Rosa Gouveia
Rui Anjos (Presidente da Secção de Cardiologia Pediátrica)
Teresa Tomé (Presidente da Secção de Neonatologia)

Comissão de Revisão

Cardiologia

Marília Loureiro
Rui Anjos

Cuidados Continuados, Domiciliários e Paliativos

Maria João Brito
Teresa Bandeira

Cuidados Intensivos

Alexandra Dinis
Helena Isabel Almeida

Desenvolvimento

Guiomar Oliveira
Rosa Gouveia

Doenças Metabólicas

José Pedro Vieira

Endocrinologia

Guilhermina Fonseca

Gastroenterologia e Nutrição

Fernando Pereira
Jorge Amil Dias

Hematologia

Manuel Brito
Vitor Costa

Imunoalergologia

Cidraes Rodrigues
Lopes dos Santos

Infecçãoologia

Conceição Neves
Fernanda Rodrigues

Medicina do Adolescente

Carlos Figueiredo
Paula Fonseca

Nefrologia

Paula Matos
Paulo Calhau

Neonatologia

Gabriela Mimoso
Teresa Neto

Neurologia

José Pedro Vieira

Oncologia

Manuel Brito
Vitor Costa

Outros

Maria João Brito
Teresa Bandeira

Pediatria Ambulatória

Helena Porfírio
Leonor Sassetti

Pediatria Social

Maria João Brito
Teresa Bandeira

Pneumologia

José Oliveira Santos
José Cavaco

Reumatologia

Manuel Salgado
Maria José Vieira

Auditério 1

9:00 - 13:00

Curso 1: Pediatría baseada na evidéncia
 Responsáveis: Teresa Bandeira, Ricardo Fernandes

Introdução à Pediatría Baseada na Evidéncia (PBE).
 Como formular perguntas clínicas?
 Formador: Martin Offringa

Como pesquisar a evidéncia de forma rápida e sistemática?
 Formadores: Ana Saizanda, Teresa Bandeira

Estudos farmacológicos: passos na avaliação crítica de um ensaio clínico?
 Formador: Ricardo Fernandes

Revisões Sistemáticas e meta-análises.
 O que são e como são construídas.
 Formador: Martin Offringa

Auditério 1

14:00 - 18:00

Curso 4: Competéncias parentais
 Responsáveis e Formadores: Maria João Seabra Santos, Maria Filomena Fonseca Gaspar

Contextualização teórica do Programa

Programa baseado em evidéncias: principais resultados da investigação

Sessão modelo, destacando os principais componentes do Programa (ênfase colocada na relação terapéutica enquanto "processo colaborativo"; recurso a cenas em vídeo/DVD para facilitar a discussão; dramatização de situações de interação pais-criança para pôr em prática as competências abordadas nas sessões, modelar comportamentos adequados e suscitar a discussão no grupo; actividades recomendadas para casa, para promover a generalização; suporte do grupo).

Implementação do Programa em Portugal

18:00 - 19:00

Cerimónia de abertura
 Homenagem à Professora Isabel Polanco (Secção de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica da SPP)

Sala 2

Curso 2: Ambulatório em Pediatría
 Responsáveis: José Luís Fonseca, Leonor Sassetti

Breve história do BSIJ. Novidades no Programa de Vigilância de Saúde
 Formador: Leonor Sassetti

Saúde Oral
 Formador: Paulo Rompante

Visão
 Formadores: Jorge Breda, Fátima Pinto

Uma visita aos recantos desconhecidos do BSIJ (Membros da Direcção da SPA/SPP)

Considerações finais. Propostas futuras.
 Formadores: José Luís Fonseca, Leonor Sassetti

Sala 2

Curso 5: Alergias Naso-sinusais

Rinoconjuntivite alérgica em Portugal
 Formador: Mário Morais de Almeida

Rinossinusite na criança
 Formador: Miguel Borrego

Alergia naso-sinusal e qualidade de vida da criança
 Formador: Paula Alendouro

Medicamentos para as patologias naso-sinusais – o que precisamos saber?
 Formador: José António Pinheiro

Workshop de casos clínicos
 Formadores: Lopes dos Santos, Cidraís Rodrigues, Luísa Monteiro

Sala 3

Curso 3: Abordagem às MPS: dos aspectos do rastreio à terapéutica
 Presidentes: Elisa Leão Teles, Inês Azevedo

MPS/MPS VI – da Clínica à Terapéutica
 Orador: Elisa Leão Teles

A Importância do Diagnóstico das MPS/MPS VI
 Orador: Clara Sá Miranda

A Importância do Tratamento Precoce – a Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra
 Orador: Paula Garcia

Sinais de Alerta – Discussão
 Orador: Esmeralda Rodrigues

Sala 3

Fórum/Formação conjunta OM-SPP: "Que pediatras para o séc. XXI?"

Organização: SPP/Colégio de Pediatría da Ordem dos Médicos

Moderadores: Luís Januário, António Vilarinho

O novo Pediatra Hospitalar do Século XXI
 Orador: Gonçalo Cordeiro Ferreira

A Formação do Pediatra. A realidade na Europa
 Orador: Ricardo Ferreira

A Formação do Pediatra em Portugal
 Orador: Paulo Om

Organização de um serviço de Pediatría Hospitalar
 Assistência: Luis Almeida Santos
 Administração e gestão: Manuela Mota Pinto

A assistência à criança e adolescente: diferentes perspectivas

Hospitalar:
 O pediatra
 Orador: Bilhota Xavier

Extra-hospitalar:
 O pediatra
 Orador: Caldas Afonso

O pediatra subspecialista
 Orador: Jorge Amil Dias

Auditório 1	
8:30 - 9:30	Comunicações Livres 1
9:30 - 11:00	Mesa Redonda 1: "Desporto e coração" Moderador: Rui Anjos (Lisboa) 1. O exame médico-desportivo: quando e a quem compete realizar? Orador: Patrícia Costa (Porto) 2. Síncope e morte súbita no desporto: evento evitável? Orador: Christopher Wren (Newcastle) 3. A actividade desportiva na infância e no adolescente com cardiopatia congénita Orador: Conceição Trigo (Lisboa)
11:00 - 11:30	Pausa para café-Nestlé
11:30 - 12:45	Sessão Plenária 1: "Mito ou realidade?" Presidente: J. C. Gomes Pedro (Lisboa) 1. Desporto e <i>doping</i> na adolescência Orador: Luís Horta (Lisboa) 2. Sexo na adolescência Orador: Teixeira de Sousa (Porto)
12:45 - 13:00	Apresentação do Livro "Tratado de Clínica Pediátrica" Prof. Dr. João M. Videira Amaral
13:00 - 14:30	Sessão de posters com discussão (junto aos posters)
Auditório 1	
13:00 - 14:30	Mesa Redonda 4: "Desporto em idade pediátrica" Moderador: Alvaro Aguiar (Porto) 1. As necessidades nutricionais e em suplementos na prática desportiva Orador: Carla Rego (Porto) 2. A actividade desportiva em crianças e adolescentes com asma Orador: Lopes dos Santos (Matosinhos) 3. As lesões mais frequentes na prática desportiva: lesões de sobrecarga e traumáticas Orador: Paulo Beckert (Amadora)
16:00 - 16:30	Pausa para café-Nestlé
16:30 - 18:00	Simpósio Wyeth "A Importância da Proteína nos leites adaptados... Evolução Contínua" Moderador: Luís Pereira da Silva (Lisboa) 1. "A Importância da Proteína" Orador: Henedina Antunes (Braga) 2. "Evolução Proteína" Orador: Ricardo Ferreira (Coimbra)
18:00 - 19:30	Assembleia Geral da SPP
20:30	Jantar de Palestrantes

Desporto
Medicamento
Comportamento
Outros temas

Sala 2	
Comunicações Livres 2	Posters com apresentação em sala 1
Mesa Redonda 2: "O que o Pediatra deve saber sobre:" Moderador: Helena Jardim (Porto) 1. Medicamentos manipulados para uso pediátrico: ponto de situação Orador: Maurício Barbosa (Porto) 2. "Orphan": doenças raras, medicamentos órfãos Orador: Margarida Reis Lima (Porto) 3. Nova política do medicamento: o fim do <i>offlabel</i> Orador: Helena Fonseca (Lisboa)	Mesa Redonda 3: "Crianças difíceis" Moderador: Guiomar Oliveira (Coimbra) 1. Timidez Orador: Júlia Guimarães (Porto) 2. Birras Orador: Rosa Gouveia (Lisboa) 3. Agressividade Orador: Aida Mira Coelho (Porto)
Pausa para café-Nestlé	
Sala 2	
Mesa Redonda 5: "Prós e contras" Moderador: José António Pinheiro (Coimbra) 1. Medicamentos para a tosse Orador (pró): Luísa Pereira (Lisboa) Orador (contra): Eduarda Sousa (Lisboa) 2. Imunoterapia inespecífica Orador (pró): Luísa Monteiro (Lisboa) Orador (contra): Inês Azevedo (Porto)	Workshop: "Utilização do Heliox na bronquiolite e na asma aguda" Moderador: Ana Carvalho (Lisboa) 1. A utilização do Heliox em Pediatria Orador: J. López-Hence (Madrid) 2. Experiência portuguesa Oradores: Clara Abadesso (Lisboa), Daniel Lanzas (Lisboa), Rosa Mesquita (Lisboa) e Ignácio Tobias (Lisboa)
Pausa para café-Nestlé	
Simpósio GlaxoSmithKline "Pare e Escute" 1. "Os Peritos da Doença Invasiva" 2. "A Comunicação Social"	

Auditorio 1	
8:30 - 9:30	Comunicações Livres 4
9:30 - 11:00	Mesa Redonda 6: "Desporto organizado de lazer e de alta competição" Moderador: Domingos Gomes (Porto) 1. A prática desportiva: o que recomendar e como orientar? Orador: Jorge Mota (Porto) 2. A repercussão na criança da prática de desporto de alta competição Orador: José Gomes Pereira (Lisboa) 3. Desporto: o perfeccionismo e o poder da imagem corporal Orador: José Cruz (Minho)
11:00 - 11:30	Pausa para café-Nestlé
11:30 - 12:45	Sessão Plenária 2: "Novo olhar sobre fármacos em Pediatria" Presidente: Maria José Castro (Faro) 1. <i>Unmet needs for drugs in children</i> Orador: Martin Ofringa (Amsterdão) 2. <i>Stop the press or at least stop the medication</i> Orador: Ana Carvalho (Lisboa)
13:00 - 14:30	Sessão de posters com discussão (junto aos posters)
Auditorio 1	
13:00 - 14:30	
14:30 - 16:00	Mesa Redonda 9: "O mundo dentro de casa" Moderador: Helena Fonseca (Lisboa) 1. Televisão Orador: Judite de Sousa (Lisboa) 2. Internet Orador: Tito de Morais (Porto)
16:00 - 16:30	Pausa para café-Nestlé
16:30 - 18:00	Simpósio Satélite Nestlé "Microbiota Intestinal do Lactente: do nascimento ao final do primeiro ano de vida" Moderador: Gonçalo Cordeiro Ferreira (Lisboa) Oradores: Jalli Benyacoub (Suíça), Helena Mansilha (Porto)
19:00	Gala dos Internos Wyeth

Desporto
Medicamento
Comportamento
Outros temas

Sala 3	
Comunicações Livres 5	Posters com apresentação em sala 3
Mesa Redonda 7: "Fármacos: que evidência?" Moderador: Bilhota Xavier (Leiria) 1. Antieméticos na gastroenterite aguda Orador: Susana Nobre (Coimbra) 2. Terapêutica na diarreia Orador: Jorge Amil (Porto) 3. Antipiréticos Orador: Henrique Leitão (Funchal)	Mesa Redonda 8: "O sono e a noite" Moderador: Luis Januário (Coimbra) 1. Co-sleeping: sono solitário e insónia comportamental Orador: Pedro Caldeira (Lisboa) 2. Parassónias Orador: Rosário Ferreira (Lisboa) 3. <i>Insomnia in children and adolescents</i> Orador: Oliviero Bruni (Roma)
Pausa para café-Nestlé	
Sala 2	
Workshop - UVP - SPP: "Acidente Vascular Cerebral (AVC) em idade pediátrica" Moderador: Almerinda Pereira (Braga) 1. Doenças cerebrovasculares na criança: dificuldades no diagnóstico Orador: José Paulo Monteiro (Almada) 2. AVC neonatal Orador: Filomena Pinto (Lisboa) 3. Registo Nacional do AVC pediátrico Orador: Henedina Antunes (Braga)	Reunião da Secção de Cardiologia
Mesa Redonda 10: "Aprendizagem e comportamentos induzidos" Moderador: Ana Luísa Teixeira (Covilhã) 1. A leitura Orador: Isabel Alçada (Lisboa) 2. A escola e os amigos Orador: Paula Correia (Covilhã) 3. A família Orador: Ana Nunes de Almeida (Lisboa)	
Pausa para café-Nestlé	
	Comunicações Livres 3

Auditório 1	
8:30 - 9:30	Reunião da Secção de Desenvolvimento
9:30 - 11:00	<p>Mesa Redonda 11: "O papel da Enfermeira..." Moderador: Leonor Sasseti (Lisboa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Na consulta de Pediatria Geral Orador: Carmo Matos (Anadia) 2. Na consulta de adolescentes Orador: Representante do Hospital D.ª Estefânia 3. Na triagem de urgentes Orador: Margarida Pimenta (Coimbra)
11:00 - 11:30	Pausa para café-Nestlé
11:30 - 12:45	<p>Sessão Plenária 3: "Hábitos alimentares: influência das variações temporais e geográficas" Presidente: António Guerra (Porto)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentação e comportamento (do gene ao meme) Orador: Gonçalo Cordeiro Ferreira (Lisboa) 2. Aleitamento materno: porquê e até quando? Orador: Carlo Agostini (Milão)
12:45 - 13:15	<p>Sessão de Encerramento Presidente: Luis Januario (Coimbra) Efemérides: Carmona da Moira (Coimbra)</p>

- Desporto
- Medicamento
- Comportamento
- Outros temas

Sala 2		Sala 3	
Reunião da Secção de Pneumologia	Reunião da Secção de Pediatria Ambulatória	Mesa Redonda 12: "A Rainha de Copas ou <i>Humpty Dumpty</i> " Moderador: Paula Valente (Lisboa)	Mesa Redonda 13: "A Neuropediatria" Moderador: Luis Borges (Coimbra)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Farmacocinética dos antimicrobianos Orador: Paula Carrondo (Lisboa) 2. Bactérias e resistência microbianas Orador: Melo Cristino (Lisboa) 3. Bacteriemia oculta na era das novas vacinas Orador: Sheldon L. Kaplan (Texas) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades de coordenação motora Orador: Maria José Fonseca (Almada) 2. Tiques e Síndrome de Tourette Orador: Teresa Temudo (Porto) 3. Dislexia Orador: Luis Borges (Coimbra) 4. Alterações paroxísticas não epilépticas Orador: Eulália Calado (Lisboa) 		

Comunicações Orais

Área Científica - Cardiologia

CO07- Obesidade infantil e hipertensão arterial - Casuística: a realidade de uma população pré-escolar.

Carolina Cordinhã¹, Alexandra Paúl¹, Lívia Fernandes²

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

Introdução: A obesidade infantil é um grave problema de Saúde Pública em todo o mundo com proporções epidémicas. As suas consequências são preocupantes com destaque para as doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão arterial (HTA) a mais comum. **Objectivo:** 1) Avaliar a prevalência de excesso de peso (EP) e obesidade (O) nas crianças de 5-6 anos, dos infantários da área do Centro de Saúde S.Martinho do Bispo, Coimbra 2) Determinar a prevalência de HTA e pré-HTA e sua relação com EP e O. **Material e Métodos:** estudo descritivo transversal. Procedeu-se à determinação do índice de massa corporal (IMC) e avaliação da pressão arterial (PA), de Janeiro a Abril de 2007. Para avaliar a prevalência de EP e O usou-se a classificação do Centers for Disease Control and Prevention. Considerou-se pré-HTA a PA sistólica e/ou diastólica entre os percentis (p) 90 e 95 para a idade, sexo e estatura e HTA a PA igual ou superior ao p95 em três medições distintas. Processamento de dados com SPSS 16.0. **Resultados:** De um total de 170 crianças, foram incluídas no estudo 165, 58.2% (96) do sexo masculino e 41.8% (69) do sexo feminino. A média das idades (anos) foi de 5.59±0.25, do peso (Kg) 21.44±4.59, das estaturas (cm) 114.00±4.98 e do IMC (Kg/m²) 16.32±2.65. Eram magras 6.7% (11) crianças, 64.2% (106) tinham peso normal, 15.2% (25) tinham EP e 13.9% (23) eram obesas. As prevalências de EP e O foram mais baixas nos rapazes com valores de 11.5% (11) e 13.5% (13) respectivamente, do que nas raparigas, com valores de 20.3% (14) e 14.5% (10). Estas diferenças não foram estatisticamente significativas (p=0.353). Apresentaram PA normal 92,1% (152) crianças. A prevalência de pré-HTA foi de 3.6% (6) e de HTA 4.2% (7). No sexo masculino ambas as prevalências foram de 4.2% (4) e no sexo feminino de 2.9% (2) e 4.3% (3), respectivamente. As diferenças entre os sexos não foram estatisticamente significativas (p=0.911). A prevalência de pré-HTA nas crianças com EP foi nula e a de HTA foi de 8.0% (2). No grupo de crianças obesas as prevalências foram de 17.4% (4) para a pré-HTA e 13.0% (3) para a HTA. A prevalência de pré-HTA ou HTA nas crianças com EP ou O foi de 18.8% (9) e nas crianças com baixo peso ou peso normal foi de apenas 3.4% (4). **Conclusões:** Quase 1/3 das crianças apresentaram EP ou O. Verificou-se existir uma associação estatística muito significativa (p=0.001) entre (pré)-HTA e EP/O na população estudada. Realça-se a importância da avaliação antropométrica e da medição da PA.

Palavras-chave: Índice de massa corporal, estatura, pressão arterial, hipertensão.

CO08- Avaliação Cardiovascular de um Grupo de Atletas de Competição Juvenis: a Síndrome de Coração de Atleta

Maria Teresa Dionísio, Marta António, Paula Martins, Graça Sousa, Isabel Santos, António Pires, Hélder Costa, Ricardo Duarte, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A actividade física mantida, dinâmica ou estática, praticada de forma intensa, impõe adaptações cardiovasculares ao atleta, designando-se de Síndrome de Coração de Atleta. A bradicardia sinusal, diminuição das resistências vasculares periféricas assim como a dilatação/hipertrofia do ventrículo esquerdo (VE) são parte integrante desta Síndrome. Estas adaptações, consideradas benignas, podem mimetizar patologias cardíacas, particularmente a miocardiopatia hipertrófica, causa principal de morte súbita do jovem desportista. Como tal, torna-se imprescindível a sua correcta caracterização. **Propósitos e Objectivos:** Avaliar as alterações cardiovasculares de um grupo de atletas federados de futebol, comparando com um grupo de não atletas da mesma faixa etária. **Métodos:** Estudo comparativo e transversal de uma amostra de 51 atletas de competição (jogadores de futebol juvenis) do sexo masculino com idades compreendidas entre 15 e 17 anos e um grupo

controlo de não atletas com as mesmas características demográficas. Todos os atletas praticavam futebol de forma continuada desde os 8 anos, com treino médio semanal de 7 horas. Foram submetidos a uma avaliação cardiovascular, incluindo história clínica, exame objectivo, electrocardiograma (ECG) e ecocardiografia. Realizada análise estatística com teste qui-quadrado. **Resultados:** A história pessoal e familiar era irrelevante. Foi auscultado o sopro cardíaco em 5 atletas. A frequência cardíaca e as tensões arteriais diastólicas eram globalmente inferiores no grupo de atletas, sendo essa diferença estatisticamente significativa. No ECG, destacava-se bradicardia sinusal em 32 atletas (62,7%), predominio do VE em 15 (29,4%), padrão de repolarização precoce em 12 (23,5%), hipertrofia auricular direita em 3 e Síndrome de Wolff-Parkinson-White em 2. Relativamente aos parâmetros ecocardiográficos avaliados, verificou-se que o diâmetro do septo interventricular em diástole e o diâmetro diastólico do VE foram superiores no grupo de atletas, sendo a última correlação estatisticamente significativa. Não se observaram alterações da função sistólica ou diastólica do VE. **Conclusões:** A adaptação fisiológica cardiovascular nos atletas de alta competição é quase sempre objectivada, como se verificou neste estudo. Estas alterações podem-se confundir com situações patológicas, potencialmente lesivas, pelo que o exame médico-desportivo assume um carácter obrigatório, de forma a diminuir a incidência de morte súbita no desporto.

Palavras-chave: alta competição, adaptação cardiovascular, miocardiopatia hipertrófica, morte súbita

Área Científica - Cuidados Intensivos

CO09- Coma não traumático- Experiência de 11 anos numa Unidade de Cuidados Intensivos

Carmen Costa¹, Núria Madureira², Alexandra Dinis², Leonor Carvalho², José Peixoto², José Farela Neves²

1- Centro Hospitalar de Coimbra, 2- Centro Hospitalar de Coimbra - Hospital Pediátrico - Unidade de Cuidados Intensivos

Introdução: O coma não traumático é uma importante causa de morbi-mortalidade na idade pediátrica. É um sintoma comum a várias etiologias que cursam com disfunção do sistema nervoso central. **Objectivos:** Determinar a frequência, a clínica, a etiologia e as sequelas dos casos de coma não traumático em crianças admitidas numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). **Material e métodos:** Estudo retrospectivo dos processos de internamento das crianças admitidas por coma não traumático na UCI, entre 1997 e 2007. Para determinar a gravidade do coma usou-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG): ECG entre 9 e 12, ECG entre 5 e 8 e ECG entre 3 e 4. Foram excluídas crianças no período neonatal e com patologia crónica que curse com alterações do estado de consciência. **Resultados:** O coma não traumático ocorreu em 72 crianças das 3787 admitidas na UCI, o que corresponde a uma frequência de 1,9%. A idade variou entre 5 meses e 14 anos, com uma mediana de 5 anos, sendo 60% do sexo masculino. Relativamente à apresentação clínica constataram-se: convulsões em 59,7% (43/72), febre em 56,9% (41/72), prostração em 45,8% (33/72), hipóxia em 26,4% (19/72), hipotensão em 22,2% (16/72), sinais meníngeos em 13,9% (10/72) e sinais neurológicos focais em 37,5% (27/72) das crianças. Quanto à gravidade do coma à entrada 48,6% (35/72) das crianças apresentavam ECG 9-12, 36,1% (26/72) apresentavam ECG 5-8 e 15,3% (11/72) apresentavam ECG 3-4. Em relação à etiologia foram considerados dois grupos: patologias estruturais em 16,7% (12/72) e não estruturais em 83,3% (60/72). No primeiro grupo a causa foi tumoral numa criança e vascular nas restantes. No grupo de comas não estruturais as etiologias foram: infecciosa/pós-infecciosa em 34, tóxico-metabólica em 10, status epilético em 9 e desconhecida em 7 crianças. O tempo de permanência na UCI variou entre 1 e 102 dias, com uma média de 8 dias. Registou-se uma mortalidade de 20,8% (15/72), a maioria com ECG 3-4 (p= 0,001), representando 4,9% (15/309) do total de óbitos na UCI no período em estudo. **Comentários:** A heterogeneidade das situações de coma não traumático dificulta a análise comparativa dos resultados obtidos com outros estudos. Ainda

assim, tal como descrito na literatura, as principais etiologias foram infecciosas/pós infecciosas e a presença de coma com ECG 3-4 teve relação significativamente estatística com a mortalidade. É também de realçar o impacto deste grupo na mortalidade global da UCI no período estudado.

Palavras-chave: coma não traumático, cuidados intensivos, etiologia

CO10- Abordagem Terapêutica dos Empiemas

Marta Ferreira, Tânia Marques, Catarina Silvestre, Ester Almeida, Clara Abadesso, Helena Cristina Loureiro, Irene Flores, Isabel França, Helena Isabel Almeida
Hospital Fernando Fonseca

Introdução: Os empiemas são uma das complicações das pneumonias bacterianas. Estão associados a uma morbidade significativa e são uma causa importante de internamentos prolongados. A abordagem terapêutica permanece controversa. **Objectivo:** Caracterizar os empiemas quanto à etiologia e evolução, identificar factores de risco e avaliar a eficácia das estratégias terapêuticas instituídas. **Material e Métodos:** Estudo transversal entre Outubro de 1997 e Abril de 2008, de todas as crianças internadas na UCIEP com o diagnóstico de empiema. Foram analisados parâmetros epidemiológicos, clínicos, laboratoriais, imagiológicos, terapêuticos e evolução. **Resultados:** Foram incluídas 60 casos. Verificou-se um aumento do número de casos ao longo dos anos: 18/60 (1998-2002) e 42/60 (2003- 2008) e um predomínio nos meses de Inverno (43,3%). A idade média das crianças foi de 4,07±3,86 anos, com 45% pertencente ao grupo etário abaixo dos dois anos. Quatorze (23%) tinham doença crónica: respiratória (6), hematológica (5) e outras (3) e 20(33%) tinham recebido antibioticoterapia prévia ao internamento (3 meses). A duração média da febre antes do internamento foi 4,70±3,22 dias. O agente etiológico foi identificado em 26(42,6%) casos: Streptococcus pneumoniae (12), Staphylococcus aureus (6), Mycoplasma pneumoniae (4), Streptococcus Grupo A (2), Chlamydia pneumoniae (1), Influenzae tipo A (1). Dois doentes tinham co-infecção por Mycobactéria tuberculosis. Todos os doentes foram submetidos a drenagem torácica, 21(35%) receberam estreptoquinase, 39(65%) foram submetidos a toracoscopia e 6(10%) a toracotomia para descorticação. Ocorreram duas complicações associadas à estreptoquinase: hemotorax (1) e enfisema subcutâneo (1) e cinco após toracoscopia: fístula broncopleural (3) e enfisema subcutâneo (2). A duração média de internamento foi de 23,2±10,6 dias. Verificou-se que os doentes que realizaram toracoscopia nos primeiros 8 dias de internamento tiveram menos dias de febre (8,0 vs 15,5 p=0,001) e alta hospitalar mais precoce (21,3 vs 32,5 p=0,004). **Conclusão:** O número de casos de derrames complicados tem vindo a aumentar ao longo dos anos. A abordagem terapêutica destas situações permanece controversa, no entanto a realização de toracoscopia precoce está associada a uma evolução clínica mais favorável, com apirexia e alta hospitalar mais precoce.

Palavras-chave: empiema, toracoscopia, complicações, evolução

Área Científica - Desenvolvimento

CO20- Bullying na escola... O silêncio da violência

Andreia Leitão¹, Sofia Fernandes Paupério¹, Sofia Águeda¹, Paulo Almeida², Vítor Viana², Micaela Guardiano², Júlia Eça Guimarães²

1- UAG-MC, Hospital S. João, 2- Unidade de Desenvolvimento, UAG-MC, Hospital S. João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

O Bullying consiste em agressão física ou psíquica de um indivíduo ou de um grupo a outro indivíduo ou grupo, havendo um desequilíbrio de força ou poder entre ambos. Foi durante muito tempo considerado parte normal do crescimento e convívio entre crianças. Mais recentemente, o conhecimento das repercussões futuras, levaram a um novo olhar sobre um antigo conceito. A divulgação do conhecimento sobre esta alteração de comportamento social de alta prevalência, e a aposta na sua prevenção, levam à realização de campanhas anti-bullying, ainda incipientes em Portugal. Apresenta-se o caso de uma criança do sexo masculino, 7 anos de idade, seguido em Consulta de Desenvolvimento por dificuldade de aprendizagem. É tímido e tem sido vítima de bullying na escola ao longo dos últimos 2 anos. Foi violentamente agredido e alvo do sarcasmo do grupo agressor. Ocultou sempre dos pais até que as marcas físicas da violência se tornaram aparentes. Nunca recusou ir à escola, mas isolava-se frequentemente. O caso foi denunciado à Comissão de Protecção de Menores, tendo os agressores sido expulsos da escola. Os autores apresentam este caso como forma de alerta para uma temática muitas vezes esquecida, mas

de grande importância pelas repercussões negativas que condiciona nas crianças e adolescentes vítimas de tal violência. Apresenta-se ainda um vídeo de sensibilização ao combate do bullying nas escolas portuguesas.

Palavras-chave: Bullying, violência, escola

CO21- Atraso de linguagem e patologia metabólica – o elo da creatina

Susana Soares¹, Esmeralda Rodrigues², Micaela Guardiano³, Maria Luís Cardoso⁴, Gajja S Salomons⁵, Elisa Leão-Teles²

1- Hospital de S. João, 2- Unidade de Doenças Metabólicas, UAG-MC, Hospital de S. João, 3- Unidade de Desenvolvimento, UAG-MC, Hospital de S. João, 4- Centro de Genética Médica Prof. Jacinto Magalhães, Porto, 5- Department of Clinical Chemistry, Metabolic Unit, University Medical Center, Amsterdão

As deficiências congénitas do ciclo de creatina constituem um grupo de patologias descritas recentemente. A deficiência do transportador da creatina (Salomons 2001) resulta da mutação do gene SLC6A8, ligado ao X. Clinicamente manifesta-se com atraso mental, atraso de linguagem, sobretudo expressiva, epilepsia e traços autistas. Cerca de 50% das mulheres portadoras podem apresentar dificuldades de aprendizagem de gravidade variável. **Caso Clínico:** Criança do sexo masculino, actualmente com 4 anos de idade, primeiro filho de pais não consanguíneos com história pré-natal e neonatal irrelevante. Foi referenciado à consulta de Desenvolvimento aos 22 meses por atraso de desenvolvimento psicomotor. Registada progressão ponderal abaixo do percentil 5 e história materna de epilepsia. A avaliação do desenvolvimento evidenciou discreto atraso das aquisições motoras e atraso marcado de linguagem, com exame audiológico normal. A avaliação complementar inicial não revelou alterações a nível bioquímico, hematológico, endocrinológico, cromossómico e imagiológico. O electroencefalograma mostrou ritmo de base levemente lentificado com algumas actividades de perfil epileptiforme na região temporal esquerda sem que houvesse descrição de crises epilépticas. Na avaliação metabólica, um discreto aumento do lactato e piruvato motivaram a referenciação à consulta de Doenças Metabólicas. A apresentação clínica referida sugeriu a possibilidade de uma deficiência do ciclo da creatina que veio a ser corroborada pelo aumento da relação creatina/creatinina em urina com doseamento de ácido guanidinoacético normal. O diagnóstico clínico e bioquímico apontou para uma deficiência do transportador da creatina, pelo que foi efectuado estudo molecular que revelou a presença de mutação frameshift do exão 10, com duplicação do resíduo de guanina (Ala478Gly) em hemizigotia. Até ao momento, o plano terapêutico incluiu apenas medidas não farmacológicas, com registo de novas aquisições. A RM com espectroscopia está em curso. A família já foi orientada para aconselhamento genético. **Comentário:** Saliencia-se a importância do equacionar etiologia metabólica na avaliação da criança com atraso mental ou perturbação do espectro autista, pensando concretamente no estudo de deficiências do ciclo da creatina. A avaliação específica deve ser integrada de forma sistemática no protocolo de estudo destas situações clínicas. O diagnóstico atempado permitirá uma intervenção adequada relativa ao doente/família.

Palavras-chave: atraso mental, transportador da creatina, cromossoma X

Área Científica - Doenças Metabólicas

CO22- Acidúria 3-hidroxi-3-metilglutárica - doença neurodegenerativa?

Susana Soares¹, Esmeralda Rodrigues², Joana Guimarães², Sérgio Castro³, Margarida Ayres-Basto³, Fernando Silveira⁴, Maria Luís Cardoso⁵, Elisa Leão-Teles²

1- Hospital de S. João, 2- Unidade de Doenças Metabólicas, Serviço de Pediatria, UAG-MC, Hospital de S. João, 3- Serviço de Neuroradiologia, Hospital de S. João, 4- Serviço de Neurofisiologia, Hospital de S. João, 5- Centro de Genética Médica Prof. Jacinto Magalhães, Porto

Introdução: A acidúria 3-hidroxi-3-metilglutárica (3HMG; OMIM 246450) é uma doença autossómica recessiva que afecta a via final do catabolismo da leucina e a cetogénese. Embora considerada rara na Europa, tem sido apontada como a acidúria orgânica mais frequente no norte do País. A apresentação clínica mais comum é dominada por vómitos, letargia, convulsões, hepatomegalia, normalmente associadas a hipoglicemia hipocetótica. O prognóstico tem sido considerado favorável, se não existir dano neurológico na apresentação. **Objectivo:** Descrever a apresentação e evolução de doentes com 3HMG, salientando novos dados. **Métodos:** Estudo retrospectivo e pros-

pectivo com avaliação multidisciplinar de dados clínicos, analíticos, imagiológicos e neurofisiológicos. **Resultados:** Foram diagnosticados 10 doentes (5♂; 6 famílias) com 3HMG na nossa unidade, com idade de apresentação e fenótipo variáveis. A nível bioquímico todos registaram hipoglicemia hipocetótica e perfil de ácidos orgânicos sugestivo do diagnóstico, confirmado a nível enzimático e/ou molecular. Em toda a população foi registada a mutação nonsense E37X no exão 2 (8 em homozigotia). 2 doentes faleceram precocemente (1 forma tardia; 1 lactente com diagnóstico precoce). Dos restantes, 6 mantiveram acompanhamento na Unidade (2-17 anos). Com as medidas nutricionais e farmacológicas instituídas foi possível obter uma evolução clínica aparentemente favorável em 6/6, sem períodos de descompensação major. Contudo, todos os doentes desenvolveram macrocefalia e, ao longo dos anos, foi possível constatar o aparecimento insidioso e progressivo de manifestações neurológicas, com tradução a nível motor, cognitivo e comportamental. A imagem cerebral mostrou envolvimento progressivo com hiper-sinal da substância branca fronto-parietal, sem atingimento das fibras U, sugerindo perda neuronal em todos os doentes. Os estudos neurofisiológicos evidenciaram alterações em 2/6 doentes. **Discussão:** No nosso conhecimento, não existem até ao momento dados referentes à evolução a longo prazo de doentes com 3HMG. Refere-se a variabilidade fenotípica da população, apesar da constituição genotípica ser semelhante. Salientam-se as alterações neurodegenerativas progressivas apesar de um aparente controlo adequado da doença. Estes novos dados clínicos apontam a necessidade de avaliação de populações maiores e a interpretação aturada de todos os dados e dos processos fisiopatológicos de lesão neurológica, permitindo uma melhor definição da patologia.

Palavras-chave: Acidúria 3-hidroxi-3-metilglutárica, acidúria orgânica, doença neurodegenerativa, substância branca

Área Científica - Endocrinologia

CO13- Campo férias para jovens obesos: avaliação da eficácia no controlo do peso, a curto e a longo prazo

Zahara Nizarali, Calheiros A, Coelho R., Bragança G.
Hospital Fernando Fonseca

Introdução: Na era do fast-food, computadores e videogames, os adolescentes confrontam-se com estímulos diversos conducentes ao sedentarismo e a dietas desequilibradas. Os campos de férias são um meio privilegiado para incentivar os jovens à mudança. A Associação Fernandinhos & Companhia concretizou em 2007, pelo 3º ano consecutivo, um campo de férias para os adolescentes seguidos na Consulta de Obesidade Pediátrica do Hospital Fernando Fonseca. **Objectivo:** Aferir o impacto do exercício físico variado, alimentação controlada e promoção da relação inter-pares, nos parâmetros nutricionais no fim do campo de férias e um ano depois. **Material:** Estudo prospectivo em que foram avaliados os seguintes parâmetros: sexo, idade, peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e respectivo z-score, perímetros abdominal e da anca, pregas tricótipa e geminal e percentagem de massa gorda (%MG). As avaliações ocorreram no início, no final dos 11 dias do campo de férias e um ano depois. **Resultados:** Participaram 34 jovens entre os 9 e os 16 anos de idade (média 12,65), sendo 18 do sexo masculino. Na avaliação inicial, a média do z-score foi 2,17 no sexo masculino e 2,03 no feminino, a média do perímetro abdominal foi 97,4 cm nos rapazes e 91,62cm nas raparigas e a média da % MG foi 37,7% e 37,3%, respectivamente. No fim do campo de férias, a média do z-score diminuiu 0,03 nos rapazes (2,14) e 0,04 nas raparigas (1,99). Verificou-se também redução das médias dos restantes parâmetros. Um ano depois, foram reavaliados 73% dos participantes. Constatou-se nova diminuição da média do z-score em ambos os sexos, sendo mais acentuada no sexo feminino (0,22 vs 0,04). No entanto, a %MG manteve-se semelhante ao valor inicial e houve agravamento dos restantes parâmetros nutricionais, nomeadamente a média do perímetro abdominal (108,6 cm nos rapazes e 102,7cm nas raparigas). **Conclusão:** Os efeitos da redução do peso sentidos no final do campo de férias parecem ter pouco impacto a longo prazo. Passado um ano, os valores do z-score diminuíram mas continuaram a evidenciar índices de obesidade. A complexidade e magnitude da actual epidemia não se compadecem com acções pontuais. Planos de intervenção multidisciplinar e com o envolvimento de toda a comunidade são essenciais para o sucesso na prevenção e redução de obesidade.

Palavras-chave: Obesidade, jovens, educação, IMC/zscore

CO14- Alteração da função tiroideia em crianças medicadas com Valproato de Sódio

Carla Laranjeira¹, Soraia Tomé², Susana Soares¹, Carla Rocha², Raquel Ferreira¹, Teresa Borges², Sónia Figueiroa², Teresa Temudo²

1- Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães, 2- Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António

Introdução: O tratamento crónico com antiepilépticos parece influenciar a concentração sérica das hormonas tiroideias. Os efeitos endócrinos da carbamazepina, fenobarbital e fenitoína estão bem documentados na literatura. No entanto, os efeitos do valproato de sódio são ainda controversos. **Objectivo:** Avaliação da função tiroideia em doentes com epilepsia medicados com valproato de sódio (VPA). **Material e Métodos:** Participaram no estudo 24 crianças medicadas com VPA em monoterapia há mais de 6 meses e 21 controlos com epilepsia, não medicados, e com distribuição similar para o sexo e idade. Consideraram-se critérios de exclusão a presença de história pessoal ou familiar de doença tiroideia ou patologia auto-imune. Em ambos os grupos foi feito o doseamento sérico da Hormona Estimulante da Tiroide (TSH), Triiodotironina livre (T3L) e Tiroxina livre (T4L). Os resultados foram objecto de análise com recurso ao programa SPSS 13.0. **Resultados:** A amostra era constituída por 45 crianças, sem predomínio de sexo e com idade média de 11,02±3,54 anos. Verificou-se um aumento significativo dos níveis séricos de TSH (>4,4; 5,26±0,29µUI/L) em 12,5% dos doentes medicados com VPA, e 12,5% apresentaram valores diminuídos de T4L (<0,89; 0,73±0,42ng/dL). Na totalidade dos doentes do grupo controlo não se verificou alteração dos níveis de TSH ou T4L. Nenhum doente necessitou de terapêutica de substituição com tiroxina. **Conclusão:** Os resultados sugerem que os doentes medicados com VPA apresentam alterações da função tiroideia. No entanto, não se verificaram diferenças significativas entre grupo de controlo e grupo experimental provavelmente pela dimensão reduzida da amostra, sugerindo-se a realização de estudos mais alargados. Os autores salientam a necessidade de avaliação clínica e laboratorial da função tiroideia dos doentes medicados com VPA.

Palavras-chave: Valproato de sódio, função tiroideia.

Área Científica - Gastroenterologia e Nutrição

CO15- Doença inflamatória intestinal – Casuística dos últimos 10 anos

Sofia Fernandes, Sónia Silva, Susana Almeida, Ricardo Ferreira
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) inclui Doença de Crohn (DC), Colite Ulcerosa (CU) e Colite Indeterminada (CI). Classicamente apresenta clínica digestiva predominante, no entanto o atraso de crescimento e as manifestações extra-intestinais podem ser a primeira manifestação. Para o diagnóstico definitivo concorrem de forma complementar os dados clínicos, endoscópicos, histológicos e imagiológicos. **Objectivo:** Caracterizar os doentes seguidos na Consulta de Gastroenterologia do Hospital Pediátrico de Coimbra com diagnóstico de DII, efectuado entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 2007. **Métodos:** Estudo descritivo com base na análise retrospectiva dos processos clínicos. **Resultados:** Foi diagnosticada DII em 27 crianças; 59% diagnosticados nos últimos 3 anos. Onze (40%) apresentavam critérios de diagnóstico de DC, 8 (30%) de CU e 8 (30%) de CI. Em 26 casos (96%) o diagnóstico de DII foi feito com base predominantemente na endoscopia e histologia; num caso o diagnóstico definitivo só foi possível complementando a colonoscopia com ecografia abdominal e cintigrafia com leucócitos marcados. A idade de início da clínica apresentou uma mediana de 7 anos, mas com ampla variação (desde um mês de vida aos 13 anos). As manifestações intestinais estavam presentes no momento do diagnóstico em 26 crianças (96%), sendo a dor abdominal o sintoma mais prevalente (52%); associaram-se manifestações extra-intestinais em 59% dos casos, sendo as mais frequentes a perda de peso, o atraso estatural e as manifestações articulares. A indução da remissão foi em 77% dos casos feita com corticosteróide, nos restantes apenas com derivados 5-ASA. No tratamento de manutenção, em 52% foi associada azatioprina aos derivados 5-ASA e apenas uma criança fez infliximab. Em geral a medicação foi bem tolerada, mas uma criança medicada com mesalazina apresentou pleuropneumonia grave. A anemia foi a complicação mais frequente no decurso da doença. A densitometria óssea foi realizada em 11 crianças; 3 tinham critérios de osteopenia. **Conclusões:** Assistiu-se a um aumento do número de casos nos últimos anos. A percentagem de CI é mais elevada do que o descrito na literatura. A dor abdominal apenas esteve presente em metade dos casos. A cintigrafia com leucócitos marcados

revelou-se útil quer para o diagnóstico, quer para a avaliação da extensão da doença. Embora a complicação mais frequente tenha sido a anemia, foram também encontradas complicações graves, como a pleuro-pericardite.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal, Doença de Crohn, Colite Ulcerosa

CO16- Doença celíaca: uma melhor acuidade diagnóstica

Ana Teixeira¹, Ana Luisa Cunha², Carla Costa³, Eunice Trindade³, Susana Pissarra³, Fátima Carneiro², Jorge Amil Dias³

1- Hospital São João, 2- Anatomia Patológica - Hospital São João, 3- Pediatria - Hospital São João

O diagnóstico de certeza de doença celíaca pode ser dificultado pela discordância entre dados clínicos, serológicos e histológicos. Alterações histológicas discretas podem não ser assinaladas na histologia de rotina. **Objectivos:** Avaliação dos doentes submetidos a biópsia jejunal por suspeita de doença celíaca nos quais este diagnóstico não foi inequívoco. **Métodos:** Revisão dos processos de doentes submetidos a biópsia jejunal por suspeita de doença celíaca durante 5 anos (2003-2007). Os fragmentos de biópsia previamente classificados como "normal" ou "com alterações inflamatórias discretas" foram revistos com base na classificação de Marsh modificada (CMM). Os dados clínicos e serológicos foram também revistos e relacionados com a nova classificação histológica. **Resultados:** Foram estudados 49 doentes (24M/25F) com idade mediana de 3 anos (0,8-14,4) e período de seguimento mediano de 27,8 meses (2,2-55,2). As principais indicações para biópsia foram atraso de crescimento (45%), alterações gastrointestinais (41%), anemia persistente (6%) e anticorpos antitransglutaminase tecidual (aat) elevados verificados no rastreio de doentes com síndrome de Down, diabetes mellitus tipo 1 e história familiar de doença celíaca (8%). Cinco doentes tinham deficiência selectiva de IgA. De acordo com a CMM, as biópsias foram classificadas em grau 0 (normal; n=38), 1 (alterações ligeiras; n=4) e 3 (alterações graves; n=7). O diagnóstico de doença celíaca foi excluído em 29 casos, quatro previamente diagnosticados com base em critérios clínicos foram reclassificados em grau 3 e cinco foram diagnosticados de novo (2 com grau 3; 3 com grau 1). As alterações histológicas ligeiras verificaram-se em doentes sob dieta sem glúten prévia à biópsia (n=2) e com alterações clínicas e serológicas apesar de biópsia anterior normal (n=1). Foi perdido o seguimento de dois doentes com diagnóstico de doença celíaca de novo. **Conclusões:** O diagnóstico de doença celíaca, apesar de dados clínicos, serológicos e histológicos de qualidade, pode não ser claro em algumas situações. Neste estudo, cinco doentes foram diagnosticados de novo. Para os patologistas, a CMM revelou-se um instrumento útil para verificação, classificação e realização de descrições mais objectivas. A relação permanente entre clínicos e patologistas é fundamental, assim como o seguimento contínuo dos doentes até ao diagnóstico claro e definitivo.

Palavras-chave: Doença celíaca; histologia; classificação de Marsh modificada

CO17- Avaliação do estado nutricional de doentes submetidos a dieta hipoproteica

Patrícia Janeiro, Ana Faria, Anabela Rodrigues, Sérgio Cunha Velho, Paula Garcia, Luísa Diogo

Hospital Pediátrico de Coimbra

Os doentes sujeitos a dietas restritas são mais susceptíveis de desenvolver défices nutricionais que, não prevenidos, podem ter um forte impacto no crescimento e na composição corporal. **Objectivo:** Avaliar o estado nutricional dos doentes sujeitos a dieta hipoproteica actualmente seguidos na consulta de Metabólicas do HPC. **Métodos:** Estudo prospectivo de 23 doentes (15 do sexo feminino) submetidos a dieta hipoproteica, aderentes ao tratamento e sem quaisquer sinais de infecção ou de descompensação da doença de base: 15 casos de aminoacidopatias (oito fenilcetonúrias), cinco acidúrias orgânicas e três doenças do ciclo da ureia (DCU). A idade média na avaliação foi de 5 anos e 9 meses (2M - 15A 6M). Foram estudados alguns parâmetros antropométricos e bioquímicos relevantes (peso, estatura, índice de massa corporal, pregas subcutâneas tricipital e subescapular e perímetro braquial; hemoglobina e ferritina, albumina, pré-albumina, aminoácidos de cadeia ramificada, proteína transportadora do retinol, ureia e creatinina plasmáticas) e realizada a análise da massa gorda e da massa magra por bioimpedância. **Resultados:** O estudo antropométrico mostrou valores normais para a idade em 15 (65%) doentes. Dois rapazes tinham peso e estatura baixos e seis raparigas, espessura da prega subescapular

anormal para a idade, uma delas com perímetro braquial diminuído. A avaliação bioquímica foi normal em todos os parâmetros em oito doentes (35%). Dois apresentaram baixos valores de hemoglobina e de albumina. A ferritina estava aumentada em seis casos. Os níveis de ureia estavam baixos em cinco doentes, excluindo os três com DCU. Os aminoácidos de cadeia ramificada eram anormais em três. A análise por bioimpedância permitiu identificar 14 doentes com valores elevados de gordura corporal. Excluindo os níveis baixos de ureia nos DCU, todos os parâmetros avaliados se encontravam dentro dos valores normais em dois doentes (9%). **Conclusões:** Este estudo demonstra que, apesar de todos os esforços envidados para o ajuste dietético no tratamento das doenças metabólicas que necessitam de dieta com restrição de aminoácidos, há ainda um longo caminho a percorrer no sentido de se alcançar um estado nutricional normal. Para além da monitorização do crescimento estatura-ponderal, a avaliação de alguns parâmetros bioquímicos e a determinação da composição corporal devem ser efectuadas regularmente, de modo a prevenir e tratar, se possível, desvios no estado nutricional destes doentes.

Palavras-chave: Estado Nutricional; doenças hereditárias do metabolismo

Área Científica - Hematologia

CO05- Esferocitose Hereditária: a importância da caracterização do défice proteico

Patrícia Santos¹, Susana Rocha², Petronila Rocha-Pereira³, Elisabeth Bayer Castro³, Alexandre Quintanilha⁴, Luís Belo², Alice Santos-Silva², Luís Vale⁵, Esmeralda Cleto⁵

1- Hospital Pedro Hispano, 2- Faculdade de Farmácia, Univ. do Porto/Instituto de Biologia Molecular e Celular, Univ. Porto, 3- Instituto de Biologia Molecular e Celular, Univ. Porto/ Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Univ. Beira Interior, 4- Instituto de Biologia Molecular e Celular, Univ. Porto/ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Univ. Porto, 5- Centro Hospitalar do Porto, EPE - Hospital Geral de Santo António

Introdução: A Esferocitose Hereditária (EH) é a causa mais comum de anemia hemolítica não imune, afectando 1:2500 indivíduos de ascendência Norte Europeia. Mutações afectando os genes SPTA1, SPTB, ANK1, SLC4A1 e EPB41 são responsáveis pelos défices proteicos de espectrina β e α , anquirina, banda 3 e proteína 4,2 respectivamente. O modo de transmissão da doença é em 75% dos casos autossómico dominante. A clínica e as manifestações laboratoriais apresentam uma heterogeneidade marcada, variando desde situações assintomáticas a anemia grave com dependência transfusional. **Métodos:** procedeu-se à revisão dos processos clínicos das crianças seguidas na consulta de hematologia do HGSA com o diagnóstico de EH entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 2007. **Parâmetros estudados:** sexo, idade, manifestações e evolução clínica, tratamento, antecedentes familiares, exames auxiliares (hemograma, esfregaço de sangue periférico, bilirrubina total, fragilidade osmótica, crio-hemólise, défice proteico). A EH foi classificada em ligeira, moderada e severa de acordo com as guidelines for the diagnosis and management of HS. **Resultados:** Durante o período em que decorreu o estudo foram seguidos em consulta 28 crianças portadoras de EH com idades compreendidas entre 1 e 20 anos. 53,6% pertenciam ao sexo feminino e 39,3% foram orientadas para rastreio da doença. De acordo com a evolução clínica e analítica foram classificadas como ligeira:12, moderada:13 e grave 3 crianças. Verificamos esplenomegalia em 17 doentes (EH ligeira:2; moderada:12; severa:3); 3 foram submetidos a esplenectomia. Litíase vesicular em 11 (EH ligeira:1; moderada:10); 6 foram submetidos a colecistectomia. O estudo do défice das proteínas de membrana foi realizado em 22 doentes e seus familiares (não efectuado em nenhum caso de EH severa). Encontramos predomínio do défice de banda 3 associado à proteína 4,2 (13 doentes). Detectamos uma nova mutação PRx2 associada às anteriores em 5 doentes e 1 familiar, sem relação com a severidade clínica. Dois doentes apresentavam mutações de novo e 4 classificação clínica superior aos progenitores (3 com défice de espectrina e 1 de banda 3). **Comentários:** Na população estudada a prevalência da deficiência na proteína de banda 3 é superior à descrita para a população norte-europeia. A identificação e quantificação da deficiência proteica poderá antecipar a expressão clínica da doença bem como promover o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas.

Palavras-chave: Esferocitose hereditária, deficiência proteica

Área Científica - Imunoalergologia

CO24- Hipersensibilidade a Corticóide Sistémico

Marta Cabral, Ana Teresa Silva, Graça Sampaio
Hospital Fernando Fonseca

Introdução: Os fármacos que incluem o grupo dos corticosteróides são utilizados habitualmente em diferentes patologias inflamatórias e também no tratamento de doenças alérgicas com elevada eficácia. Embora raramente, como todos os fármacos também podem induzir reacções de hipersensibilidade de diferentes tipos. Os testes cutâneos (prick e intradérmicos) e as provas de provocação oral permitem fazer o diagnóstico e encontrar uma alternativa terapêutica segura. **Caso Clínico:** Criança do sexo masculino, 5 anos, com antecedentes pessoais de rinite alérgica persistente e asma brônquica intermitente com sensibilização a ácaros do pó doméstico. Por episódio de agudização da asma iniciou betametasona por via oral em associação a salbutamol inalado; cerca de 1h após a primeira toma verificou-se aparecimento súbito de exantema urticariforme pruriginoso, com distribuição simétrica nos membros, poupando o tronco e a face. Foi referenciado à consulta de imunoalergologia onde foram realizados testes de sensibilidade cutânea prick e intradérmicos com succinato de hidrocortisona, succinato de metilprednisolona, succinato de prednisolona, fosfato de dexametasona e fosfato de betametasona, que foram positivos para a betametasona. Foi realizada uma prova de provocação oral aberta com prednisolona, que foi negativa. **Discussão:** A presença de teste intradérmico positivo à betametasona documentou um mecanismo de hipersensibilidade imediata e confirmou a alergia. A realização de testes cutâneos com outras moléculas teve como objectivo procurar fármacos que não apresentassem reactividade cruzada. A prova de provocação negativa com prednisolona permitiu identificá-la como alternativa terapêutica segura.

Palavras-chave: hipersensibilidade, corticosteróides

CO23- Resposta funcional ao exercício físico numa população saudável de crianças em idade escolar e adolescentes.

Daniel Machado¹, Beatriz Tavares¹, Graça Loureiro¹, Gisela Calado¹, Carmelita Ribeiro¹, Celso Chieira¹, Celso Pereira²
1- Hospitais da Universidade de Coimbra, 2- Hospitais da Universidade de Coimbra e Centro de Diagnóstico - Covilhã

Introdução: O exercício físico representa um método que permite avaliar a hiperreactividade brônquica (HRB), induzindo com frequência sintomas respiratórios em crianças. A obesidade e o excesso de peso têm sido reportados como factores favorecedores de risco aumentado de asma nestes grupos etários. **Objectivo:** Num grupo de crianças em idade escolar (6-11 anos, Grupo A) e adolescentes (12-16 anos, Grupo B), saudáveis, sem história de doença alérgica ou respiratória, pretendeu-se avaliar a HRB. Para além disso, pretendeu-se avaliar as diferenças nos diferentes grupos, de acordo com o índice de massa corporal IMC: magro/normal versus excesso peso/obeso. **Métodos:** No primeiro semestre de 2008 foram incluídos 33 indivíduos, ambos os sexos, saudáveis, sem patologia respiratória, todas com estudo funcional respiratório normal: A=14 (8,36±2,21 anos) e B=19 (14,89±1,45 anos). Após estudo basal foram submetidas sucessivamente a teste com exercício em tapete e prova de broncodilatação com salbutamol, segundo protocolos internacionais. Foram estabelecidos subgrupos, dependentes do IMC. Foi realizado estudo estatístico com os testes de qui-quadrado, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e o Wilcoxon Signed Ranks. **Resultados:** O excesso de peso/obesidade apenas foi observado em 5:19, grupo B. Quanto ao estudo funcional basal, os adolescentes apresentaram valores mais elevados de capacidade vital forçada-CVF (p=0,001) e volume expiratório máximo no primeiro segundo-VEMS (p=0,004). O exercício físico determinou um compromisso nos adolescentes, com queda do VEMS (p=0,010) e do débito expiratório máximo a 25/75% da capacidade vital-DEM25/75 (p=0,014), enquanto se observou no grupo A aumento da CVF (p=0,002); em ambos os grupos foi induzida insuflação. Nos adolescentes a HRB não se correlacionou com o IMC, apesar de uma maior deterioração do VEMS e DEM25/75 nos magros/normais e insuflação nos obesos. Quanto à prova de broncodilatação verificou-se melhoria da globalidade dos parâmetros ventilatórios em ambos os grupos, sendo mais relevante nos adolescentes magros/normais. **Conclusões:** Nestes dois grupos pediátricos, saudáveis e sem patologia alérgica ou respiratória foi possível demonstrar a presença de HRB em valores mais relevantes nos adolescentes. O excesso de peso/obesidade não condicionou risco acrescido. Nas

crianças saudáveis em idade escolar (A) o exercício físico é francamente benéfico, induzindo aumento da CVF.

Palavras-chave: Hiperreactividade brônquica. Estudo funcional respiratório. Adolescentes. Índice massa corporal.

Área Científica - Infecçologia

CO26- Etiologia das bronquiolites no Minho - estudo prospectivo multicêntrico

Hugo Rodrigues¹, Augusta Gonçalves², Nicole Silva³, Cristina Ferreira⁴, Fernanda Carvalho⁵, Helena Ramalho⁶, Fernando Branca⁷, Henedina Antunes⁸
1- Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, 2- Consulta de Patologia Respiratória, Serviço de Pediatria, Hospital de São Marcos, Braga, 3- Serviço de Pediatria, Hospital de São Marcos, Braga, 4- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Alto Ave EPE, Guimarães, 5- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, Famalicão, 6- Serviço de Pediatria, Hospital Santa Maria Maior EPE, Barcelos, 7- Serviço de Patologia Clínica, Hospital de São Marcos, Braga, 8- Serviço de Pediatria, Hospital de São Marcos, Braga; Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: As bronquiolites são infecções muito frequentes em pediatria, pelo que é importante a sua caracterização. **Objectivo:** Determinar a etiologia das bronquiolites no Minho. **Métodos:** Estudo prospectivo multicêntrico nos 5 Hospitais do Minho: H.S.M.⁸ Maior, S.Marcos (HSM), C.H. Alto Ave, Médio Ave e Alto Minho. O estudo iniciou-se após a 1ª determinação de VSR, por um período de 6 meses. Incluiu todas as crianças <24 meses de idade internadas por 1º episódio de pieira. Após consentimento escrito, aplicou-se um questionário a cada doente e colheu-se secreções respiratórias, as quais foram analisadas por imunofluorescência (IF) no hospital de origem para VSR, adenovírus, parainfluenza 1, 2 e 3 e influenza A e B. Posteriormente, por PCR no HSM, para os mesmos vírus e para metapneumovírus, bocavírus, rinovírus, coronavírus 229E/NL63 e OC43/HKU1 e enterovírus. **Resultados:** A 1ª determinação positiva para VSR foi no dia 26/10 no HSM e o estudo decorreu entre 1/11/07 e 30/4/08. Foram internados 253 doentes, sendo realizadas 249 análises por IF (perda de 1,6%) e 207 por PCR (perda de 17%: 6% por amostra não enviada para o HSM e 11% por quantidade insuficiente). O pico ocorreu em Janeiro e Fevereiro (66%), com ligeiro predomínio do sexo masculino (51%). A mediana de idade foi 3 meses (M:23m; m:6d), 17% tinham história familiar de atopia. Prematuros 15%. Aleitamento materno 76%. Apresentavam febre 59% e hipóxia 34%. A mediana da duração do internamento foi 5 dias (M:1d; m:30d). Cinco lactentes foram ventilados e um, VSR positivo, tinha feito palivizumab. O VSR foi detectado por IF em 58% dos casos; com a pesquisa por PCR esse valor subiu para 66%. A IF detectou adenovírus em 3%, por PCR aumentou para 10%. Foram detectados por IF 4 casos de influenza A e igual nº por PCR e 0 de influenza B, 2 por PCR. O parainfluenza1 foi detectado em 1 caso por IF, por PCR 6 eram positivos, o parainfluenza2 passou de 2 para 4 casos e o parainfluenza3 de 16 para 11. O bocavírus (isolado em 2 casos) e o rinovírus foram positivos em 8 amostras e o metapneumovírus em 11. Coronavírus e enterovírus foram negativos. Com este painel de vírus não se obteve etiologia de 19% das bronquiolites. **Conclusões:** O agente mais frequente foi o VSR e o segundo o adenovírus, sendo que em relação a este a IF não detectou 2/3 dos casos. A PCR pode ter uma relação custo/benefício rentável e permite uma caracterização etiológica muito mais precisa, o que se torna crucial em relação ao adenovírus.

Palavras-chave: Bronquiolite; Etiologia; Vírus; PCR

CO27- Doença Invasiva por Streptococcus pyogenes: 1996-2008

Joana Serra Caetano¹, Paula Neto¹, Manuela Costa Alves¹, Ana Florinda², Fernanda Rodrigues¹
1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: O S. pyogenes está entre os germens patogénicos mais comuns em pediatria, associado a uma grande variedade de infecções, com amplo espectro de gravidade, sendo a maioria de curta duração e benignas mas podendo no entanto ser fulminantes. **Objectivos:** Revisão dos casos de doença invasiva (DI) por S. pyogenes. **Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos das crianças com cultura positiva para S. pyogenes, obtidas a partir de locais habitualmente estéreis, num hospital pediátrico, entre Janeiro de 1996 e Junho de 2008 (12,5 anos). **Resultados:**

Durante este período foram identificados 21 casos de DI associada a infecção por *S. pyogenes*, com um máximo de 4 nos anos de 1996 e 2007. Na segunda metade do estudo (2003-2008) ocorreram 15 casos. Foi mais frequente no sexo masculino (14), com mediana de idade de 3 anos (2 meses-21 anos). A clínica de apresentação mais frequente consistiu em febre (71%), exantema (48%) e dor articular/membros (38%). Os principais diagnósticos encontrados foram bacteriemia (5), celulite ou piomiosite em contexto de varicela (4), infecção osteoarticular (3), infecção de ferida cirúrgica (2), síndrome de choque tóxico estreptocócico (SCTE) (2) e otomastoidite (2). Em 71% dos casos o microorganismo foi isolado em hemocultura, e nos restantes em exsudado de ferida cirúrgica, líquido pleural e aspirado do músculo. Em 2/21 casos havia resistência à eritromicina. O antibiótico mais frequentemente utilizado foi a flucloxacilina (9) e em 3 situações foi associado a clindamicina. A evolução foi favorável na maioria dos casos (19/21) tendo, no entanto, ocorrido 2 mortes por SCTE. Quatro dos casos surgiram no decurso de varicela e um em contexto de leucemia linfocítica aguda. **Conclusões:** Embora o número seja muito pequeno e limite as conclusões, na segunda metade do estudo assistiu-se a um aumento da DI por *S. pyogenes*. Tal como descrito na literatura, vários casos ocorreram no contexto de varicela e os que tiveram evolução fatal estiveram associados a SCTE. O tratamento empírico inicial deve incluir na maioria dos casos cobertura tanto para o *S. pyogenes* como para *S. aureus*, pois a clínica de apresentação muitas vezes é sobreponível. Na doença grave deverá também ser associada a clindamicina. A investigação microbiológica é fundamental, devendo ser efectuada sempre que possível, permitindo-nos orientar as escolhas terapêuticas.

Palavras-chave: *Streptococcus pyogenes*, doença invasiva

CO25- Diversidade e flutuação temporal de rotavírus na Região Centro de Portugal: vigilância epidemiológica de 2006 a 2008

Fernanda Rodrigues¹, Miren Iturriza-Gómara², Jim Gray², Manuela Costa Alves¹, Luís Januário¹

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Vírus Reference Department, Health Protection Agency, London, UK

Introdução: O rotavírus (RV) é o agente etiológico predominante das gastroenterites agudas (GEA) na criança. Nalguns países foram descritas grande diversidade e variações dos genótipos circulantes em anos sucessivos. Nos últimos anos os genótipos mais frequentes na Europa foram G1P[8], G9P[8] e G2P[4] mas com flutuações importantes de incidência relativa nos dois últimos em períodos epidémicos consecutivos. G3P[8] e G4P[8] têm-se mantido estáveis e com níveis baixos. **Objectivo:** Analisar a proporção de GEA por RV, a variedade de genótipos e sua flutuação em períodos epidémicos consecutivos, comparando estes resultados com os europeus. **Material e métodos:** Estudo prospectivo, em períodos epidémicos (Janeiro a Junho) consecutivos, de 2006 a 2008. Incluíram-se crianças com <3A, observadas no Serviço de Urgência por GEA. Nas amostras positivas para RV foi efectuada genotipagem. **Resultados:** Foram incluídas 1730 crianças (2006-642, 2007-641 e 2008-447), tendo sido efectuada pesquisa de RV em 1209 (70%) das quais 444 (36,7%) foram positivas. G9P[8] passou do genótipo mais frequente em 2006 (90%) para um valor significativamente mais baixo em 2007 (32,6%) e para um número insignificante em 2008. Simultaneamente G3P[8] aumentou (3,8% em 2006, 6,6% em 2007) e foi o predominante em 2008 (40%). A proporção de G1P[8] aumentou de 2006 (4,3%) para 2007 (18%) e manteve-se em níveis estáveis em 2008. G2P[4], não detectado em 2006, foi encontrado em proporções significativas em 2007 (21,3%) e 2008 (31%). **Conclusões:** O RV foi um agente causal importante de GEA. Este estudo confirma que vários RV podem co-circular numa região e podem apresentar flutuações anuais importantes, tal como descrito noutros países da Europa. Globalmente os tipos G1-G3 e G9 estiveram associados à maioria das infecções mas, nestes 3 anos de vigilância, o genótipo G1P[8] nunca foi o predominante, ao contrário da maioria dos países da Europa. O predomínio de G9P[8] em 2005/06 e a sua subsequente diminuição foi semelhante ao que se passou em Espanha e ocorreu mais tarde do que na Europa Central/Norte, onde este emergiu em meados da década de 90. Como não há informação em Portugal antes de 2005, podemos apenas especular que o G9 terá surgido cerca de uma década mais tarde do que nesses países da Europa. A introdução de um novo tipo coincide com um aumento do número de infecções e este facto poderá ser uma explicação para terem sido observados mais casos em 2006 e 2007 em comparação com 2008.

Palavras-chave: Rotavírus, genótipos, vigilância epidemiológica

Área Científica - Medicina Adolescente

CO01- Consumo de meios de comunicação na adolescência – estudo transversal

Miguel Fonte, Marisa Carvalho, Eurico Gaspar, Nilza Ferreira
Centro Hospitalar Trás-os-Montes/Alto Douro

Introdução: Os meios de comunicação revolucionaram o modo de vida da sociedade actual, assumindo um papel preponderante no quotidiano de crianças e adolescentes. Constituem, actualmente, verdadeiros concorrentes da família e da escola na sua formação e educação. Vários estudos associam o uso excessivo de meios de comunicação a efeitos negativos sobre a saúde. **Objectivo:** Caracterizar a utilização de diversos meios de comunicação (televisão, computador, internet, jogos de vídeo e telemóvel) em adolescentes. **Métodos:** Estudo transversal com aplicação de um inquérito a uma amostra aleatória constituída por 308 adolescentes a frequentar o 10º ano de escolaridade de 2 Escolas Secundárias do concelho de Vila Real, realizado em Fevereiro de 2008. **Resultados:** Foram aceites 295 inquéritos. A idade média dos adolescentes era de 15,6 anos, 53% eram do sexo feminino e 76% pertenciam a famílias nucleares. Todos possuíam televisão em casa e 79% das famílias, 3 ou mais. Assistiam a uma média de 2,3 horas/dia durante a semana e 3,3 horas/dia ao fim de semana. A quase totalidade dos inquiridos possuía computador pessoal (99%) e 83% tinha acesso à internet no domicílio. Verificou-se a existência de vários meios de comunicação no quarto do adolescente: leitor de mp3 (80%), computador (64%), televisão (62%) e internet (53%). A média diária a jogar computador/console era de 1,6h à semana e 2,5h ao fim de semana, sendo os jogos preferidos: condução (51%), desportos (47%) e aventuras (41%). A idade média para o início destes jogos foi de 9,3 anos. Quanto à internet, 88% afirmaram “navegar” sozinhos, sendo as actividades preferidas: hi-five (69%), navegar (66%), email (62%) e conversar (60%). A média diária na internet era de 1,9h (semana) e 2,7h (fim de semana). Visitaram uma página pornográfica 42%. Todos possuíam telemóvel, usando-o preferencialmente para enviar mensagens. O primeiro telemóvel foi adquirido em média aos 10,5 anos. Dos inquiridos, 97% referiu levar o telemóvel para a escola e 48% afirmou usá-lo durante as aulas. Os meios de comunicação considerados mais imprescindíveis foram o telemóvel e a internet. **Conclusão:** É necessário um maior conhecimento em relação ao consumo dos meios de comunicação por parte dos pais, educadores, profissionais de saúde e sociedade em geral. Os pediatras, em particular, devem ter uma participação activa no ensino sobre o consumo dos meios de comunicação, estimulando um consumo racional e um espírito crítico sobre o seu uso.

Palavras-chave: consumo meios comunicação adolescentes

CO02- Avaliação dos Recursos de Atendimento ao Adolescente nas Unidades Hospitalares

Hugo Braga Tavares, Helena Fonseca
Hospital Santa Maria, Lisboa

Introdução e Objectivo: Nos próximos anos a idade de atendimento pediátrica será alargada pelo que se pretende avaliar os recursos actuais de atendimento a adolescentes nas Unidades Hospitalares (UH) portuguesas. **Materiais e Métodos:** Inquérito enviado a 55 UH com atendimento pediátrico avaliando da existência de Consulta e/ou Unidade de Internamento de Adolescentes (CA e UIA) e solicitando dados relativos à organização das mesmas e dos respectivos Serviços. **Resultados:** Responderam 45 (82%) UH. A moda das idades limites de atendimento foi de 18 anos na Consulta Externa (CE) e 15 no Internamento (I) e Serviço Urgência (SU), com máximo de 18 e mínimo de 12 anos. Existe CA organizada em 18 UH, com uma média de 14h de consultas semanais (mínimo de 3,5h e máximo de 67h), espaço de consulta (9/50%) e sala de espera própria (3/17%), e informação direccionada a este escalão etário (6/33%). A totalidade das CA têm o apoio de técnico de serviço social, 17 (94%) de dietista/nutricionista, 16 (89%) de psicólogo, 15 (83%) de ginecologista e 11 (61%) de pedopsiquiatra, sendo que apenas 9 (50%) contavam com apoio de todos estes profissionais. As UH sem CA organizada têm menos recursos físicos e apoio dos diferentes técnicos descritos. 5 UH referiram estar a programar o início de uma CA durante o ano de 2008. Foi reportada a existência de 10 UIA com um número total de 56 camas (média de 7, mínimo de 2 e máximo de 16), predominantemente distribuídas (70%) nas áreas geográficas Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Todas as UIA têm televisão, vídeo, DVD, computador com acesso à internet e videojogos, livros apropriados a adolescentes (90%) e sinal de televisão cabo (50%). As UH sem UIA organizada têm menor percentagem dos recur-

sos descritos. Na amostra estudada existe um total de 276 camas com dimensões adequadas a adolescentes, a maioria concentrada nas áreas Centro e Lisboa e Vale do Tejo (71%), sendo de realçar que para este item não foi possível obter os dados de 17 UH. Relativamente ao SU 6 UH têm apenas uma sala de observações e uma não apresentava marquesas de observação adequadas a este escalão etário. **Comentários:** A presente avaliação aponta ainda para a existência de algumas lacunas nos recursos de atendimento aos adolescentes a nível da CE, I e SU. É de realçar a existência de algumas UH que cumprem os requisitos considerados adequados ao atendimento a este escalão etário.

Palavras-chave: Adolescentes; Recursos de Atendimento Hospitalares

Área Científica - Nefrologia

CO11- Reavaliação do papel da cistografia após primeira infecção urinária – Validação de um novo protocolo

João Franco¹, Brígida Robalo², Susana Marcelino¹, Ana Dias Alves¹, Manuela Braga¹

1- Hospital Garcia de Orta, 2- Hospital de Santa Maria

Introdução: O refluxo vesico-ureteral (RVU) é um clássico factor de risco para cicatriz renal, e a expectativa de prevenção secundária com profilaxia antibiótica ou cirurgia justificou a realização sistemática de cistografia após primeira infecção urinária (IU). Estudos recentes questionam o papel do RVU e a eficácia das intervenções. **Objectivos:** Avaliar a eficácia e segurança de um novo protocolo de investigação após IU em crianças pequenas, que condicione a realização de cistografia à presença de alterações na ecografia e/ou cintigrafia renais. **Métodos:** Estudo descritivo baseado na aplicação hipotética de um novo protocolo a uma coorte histórica. Critérios de inclusão: (1) Primeira IU diagnosticada numa urgência pediátrica entre Janeiro/01 e Dezembro/04; (2) Idade inferior a 36 meses; (3) IU febril se idade >3 meses. Foram excluídas crianças com patologia nefro-urológica (excepto RVU primário) ou por abandono da consulta antes da conclusão do protocolo tradicional [ecografia renal, cistografia isotópica directa e cintigrafia renal (DMSA)]. Para validação do protocolo a amostra foi dividida: o primeiro grupo incluiu crianças com ecografia e cintigrafia normais, não sujeitas a cistografia segundo o novo protocolo, e o segundo com alterações em qualquer dos exames. Foram comparadas a proporção de RVU moderado ou grave e sua evolução, proporção de IU recorrente e de progressão da lesão renal e a necessidade de cirurgia. Foi estimada a redução na realização de cistografias. **Resultados:** Incluídas 253 crianças, com média de 7,3 meses à data da IU, 53% de sexo masculino. Diagnosticou-se RVU em 32,4%, moderado ou grave em 15%. A proporção de cicatriz renal (DMSA) foi 21,8%. O primeiro grupo incluiu 159 crianças. O valor preditivo negativo combinado da ecografia e cintigrafia para RVU grave foi de 99,4% (IC 95% 95,0-99,9%, p=0,001). A proporção de IU recorrente foi 8,2% na primeira coorte (contra 21,3% na segunda, p=0,005). Não se identificaram novas lesões após IU recorrente. Foi efectuada apenas uma intervenção cirúrgica, na segunda coorte. O novo protocolo permitiria efectuar menos 146 (-57,7%) cistografias. **Conclusão:** A realização de cistografia isotópica directa apenas perante alterações documentadas por ecografia ou cintigrafia renal é uma estratégia válida após primeira IU, não se associa a risco acrescido de lesão renal e permite uma redução significativa do número de cistografias, com consequente redução de manobras invasivas, riscos iatrogénicos e custos.

Palavras-chave: Infecção urinária, refluxo, protocolo

CO12- Tacrolimus vs Ciclosporina em transplantação renal pediátrica – haverá diferenças?

Diana Pignatelli¹, Laura Martins², António Gomes³, Jose Eduardo Silva¹, Margarida Almeida¹

1- Hospital de Santa Maria, 2- Hospital do Espírito Santo - Évora, 3- Hospital Fernando Fonseca

Introdução: O Tacrolimus (Tac) tem vindo a substituir a Ciclosporina (CyA) na imunossupressão em transplantação renal. Sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morbimortalidade nestes doentes, o Tac assume-se como uma alternativa importante, tendo em conta um provável melhor perfil de efeitos secundários. **Objectivo:** Comparação da eficácia e efeitos secundários associados a imunossupressão tripla com CyA ou Tac em crianças submetidas a transplante renal. **POPULAÇÃO E MÉTODOS:** Estudo de follow-up comparativo com 43 crianças submetidas a transplantação renal (Setembro/95

a Julho/07), 22 do sexo masculino, com idade média=12,4±0,59 anos, em seguimento clínico na Unidade de Transplante Renal do HSM. Todas cumpriram terapêutica imunossupressora tripla com Prednisolona e Micofenolato de mofetil associados a CyA (n=15) ou Tac (n=12) e 16 iniciaram CyA com posterior substituição por Tac (CyA/Tac). O período de follow-up foi de 1 a 2 anos. Avaliou-se o perfil lipídico, níveis de HbA1C e magnesiémia em cada semestre (S) de follow-up, outros efeitos secundários, função do enxerto, rejeições e infecções. Para inferência estatística recorreu-se aos testes não paramétricos de Mann-Whitney (CyA vs Tac) e Wilcoxon (CyA/Tac) para comparação dos parâmetros bioquímicos avaliados e ao teste do qui-quadrado para comparação de variáveis categóricas. Considera-se a rejeição da hipótese nula para $\alpha < 5\%$. **Resultados:** No grupo CyA a HbA1C no 3º S foi superior em relação ao Tac (p<0,02). O colesterol total no 2º e 4º S foi superior no grupo CyA relativamente ao grupo Tac (p<0,01, p<0,03, respectivamente). No grupo CyA/Tac verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos valores de colesterol total no 1º e 3º S após a introdução do Tac (p<0,01, p<0,015), bem como no valor de triglicéridos no 3º S (p<0,04). Na hipertensão arterial e magnesiémia não se verificaram diferenças significativas. A taxa de rejeições e infecções foi mais elevada no grupo CyA. A função do enxerto foi melhor no grupo Tac (p=0,005). Outros efeitos secundários foram, no grupo CyA: hiperplasia gengival (p=0,001), hirsutismo (p<0,001), 1 caso de linfoma não Hodgkin, 3 casos de fibroadenomas mamários; no grupo Tac: 2 casos de alopecia, 1 caso de diabetes mellitus, 3 casos de manifestações neurológicas. **Conclusões:** Na nossa amostra, o Tac associou-se a melhor função do enxerto, perfil lipídico, menor taxa de rejeições e infecções e menor prevalência de hirsutismo e hiperplasia gengival.

Palavras-chave: Transplante renal, Ciclosporina, Tacrolimus

Área Científica - Neonatologia

CO28- Sopro cardíaco em RN assintomático – Casuística de 5 anos

Paula Martins¹, Dolores Faria², Gabriela Mimoso², Graça Sousa¹, Eduardo Castela¹

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Maternidade Bissaya Barreto

Introdução: A avaliação do sopro cardíaco no recém-nascido (RN) assintomático é um desafio quer para neonatologistas, quer para cardiologistas pediátricos. As particularidades desta faixa etária traduzem-se numa dificuldade acrescida na diferenciação clínica de sopro inocente/sopro patológico, assumindo a ecocardiografia um papel indispensável na orientação inicial destes RN. **Objectivos:** Avaliar a prevalência do sopro cardíaco nos RN assintomáticos antes da alta da maternidade. Identificar a etiologia do sopro e analisar as estratégias diagnósticas adoptadas por uma Maternidade de referência. **Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de RN com sopro assintomático, nascidos na Maternidade em estudo, no período de Janeiro de 2001 a Dezembro de 2005. Foram excluídos todos os RN sindromáticos, leves para a idade gestacional, com idade gestacional inferior a 35S ou com cardiopatia identificada em DPN. **Resultados:** Neste período foi registado um total de 15 928 nascimentos, dos quais 114 cumpriram critérios de inclusão no estudo. A prevalência do sopro assintomático foi de 0,7%. 96% dos RN efectuaram ecocardiografia para esclarecimento etiológico. 20% dos sopros eram inocentes. A comunicação interventricular foi a anomalia mais frequentemente encontrada, representado metade dos casos com patologia. As cardiopatias com shunt esquerdo-direito estiveram na origem de 80% dos sopros patológicos. **Conclusão:** O sopro cardíaco no período neonatal é um sinal clínico que se associa a uma elevada probabilidade de cardiopatia. A ecocardiografia precoce é indispensável para a identificação precoce da patologia subjacente e sua posterior orientação.

Palavras-chave: Recém nascido; Sopro; Assintomático

CO29- Quanto vale uma semana no útero materno

Cláudio Ferreira Alves, Margarida Abrantes, João Costa, Manuela Batista, Carlos Moniz
Hospital Santa Maria - Lisboa

Introdução: A grande prematuridade está associada a uma elevada mortalidade e morbidade dos recém-nascidos (RN). O objectivo deste trabalho será descrever a evolução da mortalidade e morbidade dos RN com idade gestacional (IG) igual ou inferior a 27s. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo envolvendo os RN com IG inferior a 27s completas, internados na Unidade de Neonatologia do HSM no período de 2000 a 2006. A colheita de dados baseou-se

na avaliação dos processos clínicos da Neonatologia e da Unidade de Desenvolvimento do HSM e nos dados do Registo Nacional de RNMBP. Análise exploratória de dados -SPSS versão 14.0. **Resultados:** Dos 124 RN seleccionados 18,5%(n=23) resultaram de gestações com duração inferior a 24s completas; 25%(n=31) com IG=25s; 33,1%(n=41) com IG=26s e 23,4%(n=29) com IG=27s. 43(34,7%) RN morreram na Unidade. A taxa de sobrevivência foi de 47,8%(n=11) para os RN com IG≤24s, 67,7%(n=21) para IG=25s, 58,5%(n=24) para IG=26s e 86,2%(n=25) para os RN com IG=27s. Considerando a morbilidade neurosensorial, a proporção de RN com HIV grau≥3 e ROP grau≥3 diminuiu respectivamente de 43,5% e 21,7% na IG≤24s para 10,3% e 3,4% nos RN com IG=27s. Leucomalácia periventricular quística foi diagnosticada em 6 casos, 3 dos quais no grupo IG=25s. Considerando apenas os sobreviventes, as proporções relativas à necessidade de O2 às 36s e à utilização de corticóides na terapêutica de DBP diminuíram de 27,3% e 45,5% nos RN com IG≤24s para 12% e 4% no grupo IG=27s. A necessidade de ventilação invasiva decresceu de 36d para 2 d. A persistência de canal arterial verificada em 90,9% dos RN com IG≤24s, diminuiu para 44% no grupo IG=27. 13 RN requereram laqueação cirúrgica. A duração mediana da alimentação parentérica decresceu de 41d no grupo IG≤24s para 7,5d nos RN com IG=27s. 2 RN (IG=25s) foram submetidos a cirurgia por complicações associadas a NEC. Dos 81 RN que tiveram alta da UCERN, 67 foram observados em consultas de seguimento. 8 destas crianças apresentam défice neuro-sensorial severo, não se verificando correlação com a idade gestacional. **Conclusão:** O período que antecede o parto caracteriza-se por muitas incertezas por parte dos futuros pais, constituindo por isso uma altura fértil em questões que requerem um esclarecimento objectivo. Conhecer a nossa realidade e os resultados recentes, constitui uma ferramenta de trabalho essencial que permitirá otimizar os cuidados e fornecer informações concisas acerca dos diferentes prognósticos.

Palavras-chave: Prematuridade

Área Científica - Neurologia

CO30- Encefalomielite aguda disseminada: um caso clínico pós-infecção por Herpes Vírus 6

Joana Amorim, Isabel Guerra, Rosa Lima, José Cunha, Inês Carrilho, Ana Ramos Centro Hospitalar do Porto - Unidade Maria Pia

A Encefalomielite aguda disseminada (ADEM) é uma doença desmielinizante do Sistema Nervoso Central imuno-mediada, que surge após infecções ou vacinação. O quadro clínico inicial é inespecífico, incluindo manifestações sistémicas e neurológicas. O líquido céfalo-raquidiano (LCR) pode revelar pleocitose linfocítica e ligeiro aumento das proteínas. A RMN cerebral e medular é o exame complementar de diagnóstico de eleição. Apresentamos o caso de uma criança do sexo feminino, 16 meses de idade, internada por perda da capacidade de marcha de instalação aguda, associada a recusa alimentar e irritabilidade, cerca de 2 semanas após um quadro de infecção das vias aéreas superiores. No exame neurológico salientava-se: períodos de irritabilidade alternando com sonolência, ausência de movimentos espontâneos nos Membros Inferiores (MI) em repouso ou após estimulação associado a hipotonia e arreflexia, ataxia do tronco e retenção urinária. A Punção Lombar revelou pleocitose (170 células) com proteínas normais, estudo virológico do LCR positivo para Herpes Vírus 6. A RMN revelou na ponderação T2 hipersinal medular desde D6 até ao cone medular e em D2-D3. Iniciou terapêutica com corticoterapia endovenosa e Imunoglobulina Humana durante 2 dias. Verificou-se melhoria progressiva com movimentos dos MI aquando da estimulação desde D5 de internamento, micções espontâneas e diminuição progressiva da hipotonia. Trata-se de um caso clínico de ADEM com predomínio do quadro medular que obriga a diagnóstico diferencial com quadros de paraparesia flácida de instalação aguda. O objectivo de apresentação deste caso clínico é o de alertar para a possibilidade de ocorrência de manifestações neurológicas pós-infecção por Herpes Vírus 6, cuja forma de apresentação mais típica é o exantema súbito.

Palavras-chave: Encefalomielite aguda disseminada; Herpes vírus 6

Área Científica - Oncologia

CO06- Patologia ovárica num centro oncológico pediátrico

Marisa Isabel Almeida Carvalho, Maria do Bom Sucesso, Ana Maia Ferreira, Lucília Norton, Norberto Estevinho Serviço de Pediatria e Cirurgia Pediátrica do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E.

Introdução: As lesões do ovário são uma patologia rara em idade pediátrica. Devem no entanto ser um diagnóstico a considerar em qualquer doente com dor abdominal, massa pélvica ou irregularidade menstrual. As lesões ováricas incluem quer lesões quísticas benignas, quer tumores malignos altamente agressivos. Os sintomas não são geralmente esclarecedores na distinção entre massas benignas e malignas. A cirurgia tem um papel importante, não só no diagnóstico, mas também no estadiamento e tratamento. **Objectivo:** Analisar a apresentação clínica e o tipo de patologia do ovário referenciada ao IPO Porto FG de Janeiro de 2000 a Maio de 2008. **Métodos:** Consulta dos processos clínicos das doentes com patologia do ovário, referenciadas à nossa instituição, durante o período de estudo. Analisámos: idade, apresentação clínica, resultados analíticos e imagiológicos, diagnóstico histológico, terapêutica, seguimento e patologias associadas. **Resultados:** Treze doentes com lesões do ovário, com idades entre 8 e 15 anos. Manifestações clínicas mais comuns: massa e dor abdominal, seguidas por irregularidade menstrual; alguns casos associados a torção. Marcadores tumorais, Ca125 ou B-HCG, elevados: 5/13. Abordagem inicial: ressecção cirúrgica 8/13, biópsia por agulha 2/13. Duas doentes com lesões quísticas > 5 cm tiveram regressão espontânea. Histologia: lesões não neoplásicas- 6; lesões tumorais - 7; maioria dos tumores eram benignos (teratomas maduros). Patologia associada- síndrome de Mayer-Rokitansky- Idoente, disgenesia gonadal- Idoente. Tratamento: cirurgia 11/13, quimioterapia 1/13. **Conclusão:** No nosso estudo, metade dos doentes tinha lesões tumorais que, sendo raras, justificam uma orientação multidisciplinar, com o envolvimento do centro oncológico pediátrico. Os Pediatras devem estar sensibilizados para a abordagem desta patologia, com a qual se prevê que sejam mais vezes confrontados, no contexto do alargamento da idade de atendimento em Pediatria até aos 18 anos.

Palavras-chave: Patologia ovárica; oncologia; Pediatria

Área Científica - Outros

CO03- Natação de competição: que interferência na maturação de adolescentes femininas?

Rita Jorge, Sofia Águeda, Joana Rebelo, Carla Rego Hospital S. João. E.P.E., Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

A prática de exercício físico em regime de rendimento está associada a adaptações físicas, metabólicas e hormonais, na dependência das características do treino. A adolescência é caracterizada pelo desenvolvimento pubertário, sendo determinante para a sua normal progressão que se observe um adequado estado nutricional e ambiente hormonal. Os autores pretendem avaliar a repercussão da prática de natação em regime de rendimento no estado nutricional, composição corporal e história ginecológica de adolescentes do sexo feminino. **População e métodos:** 23 adolescentes praticantes de natação e 23 sedentárias, controladas para a idade. Procedeu-se à caracterização da intensidade e frequência de treino, do estado nutricional (CDC) e da composição corporal (BIO), bem como da idade da menarca e da regularidade dos ciclos menstruais (Brook). **Resultados:** A idade cronológica média é de $12,9 \pm 1,1$ anos, sem diferença entre grupos. A carga média semanal de treinos é de $16,4 \pm 0,9$ horas e de $3,5 \pm 0,3$ horas respectivamente para as nadadoras e sedentárias. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente aos z-score de peso ou altura entre os dois grupos. As nadadoras apresentam um z-score de IMC ($M \pm dp = -0,03 \pm 0,1$ vs $0,32 \pm 0,2$; $p < 0,05$) e um teor de massa gorda corporal ($M \pm dp = 21,7 \pm 0,7\%$ vs $26,0 \pm 0,9\%$; $p < 0,05$) significativamente inferiores ao das sedentárias. A idade média da menarca é mais tardia nas nadadoras ($M \pm dp = 12,7 \pm 0,2$ anos vs $12,2 \pm 0,2$ anos) ainda que sem significado estatístico. Regista-se o dobro da prevalência de oligomenorreia nas nadadoras (8,7% vs 4,3%). **Conclusões:** A prática de natação de rendimento está associada a uma modificação favorável da composição corporal. Muito embora sem comprometer o estado nutricional, a elevada carga de treinos poderá condicionar adaptações hormonais responsáveis pelas alterações do ciclo menstrual observadas.

Palavras-chave: Natação, composição corporal, hormonal.

CO04- Reações adversas a fármacos no internamento de Pediatria

Sofia Águeda¹, Rita Jorge¹, Joana Rebelo¹, Tiago Costa², Ana Maia¹, Inês Azevedo³, A. Caldas Afonso³

1- Hospital São João, E.P.E. - Porto, 2- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Serviço de Biostatística e Informática Médica, 3-Hospital São João, E.P.E. - Porto, 3- Hospital São João, E.P.E. - Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O conhecimento sobre reacções adversas a fármacos é escasso na faixa etária Pediátrica, comparativamente aos adultos. **Objectivos:** Este estudo teve como principal propósito a revisão da incidência de reacções adversas a fármacos, analisando quais os medicamentos e as manifestações clínicas mais frequentes na prática clínica hospitalar, bem como qual o seguimento dado a estes casos. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, tendo como base os registos clínicos de pacientes admitidos no serviço de Pediatria do nosso hospital num período de 16 anos (entre 01/06/1992 e 31/05/2008) e nos quais foi reportada reacção adversa a fármacos. **Resultados:** Foram identificadas 188 reacções adversas a fármacos, 0,46% do total de internamentos. Existia predominância do sexo masculino (57,4%) e a média de idade foi de 4,0 anos. Em 20,2% dos casos a reacção adversa constituiu o motivo de admissão. Os diagnósticos de admissão mais frequentes foram doenças infecciosas como pneumonia, pielonefrite aguda ou bacteriemia. As manifestações clínicas predominantes foram as cutâneo-mucosas (51,6%), seguindo-se as cardiovasculares (14,4%) e as gastrointestinais (12,2%). Os sintomas mais reportados foram exantema maculo-papular (39,9%), prurido (19,7%) e vômitos (7,4%). Os fármacos mais frequentemente implicados foram os antibióticos (40,3%), destacando-se deste grupo a vancomicina (19,7%) e a amoxicilina/ácido clavulânico (18,4%). De salientar ainda as reacções ocorridas após administração de citostáticos (8,0%), vacinas (6,9%) e corticóides (5,9%). A via de administração associada a maior número de ocorrências foi a endovenosa (54,3%) e o tempo decorrido desde a primeira administração do fármaco e a reacção foi, maioritariamente, superior a 48 horas (51,6%). As reacções foram de baixa gravidade em 83,5%, mas em 3 casos houve necessidade de internamento em U.C.I. Em 12,2% dos casos o fármaco implicado na reacção fazia parte da medicação habitual e em 26,7% existiam antecedentes pessoais alérgicos ou de imunodeficiência. Apenas 14 crianças (7,4%) foram referenciadas a consulta especializada. **Conclusão:** É necessário alertar os profissionais de saúde para a ocorrência de reacções adversas a fármacos e para o seu seguimento em consulta, de modo a implementar a sua codificação e comunicação às entidades competentes.

Palavras-chave: Reacções adversas, fármacos, seguimento

Área Científica - Pediatria Ambulatória

CO18- Factores de risco para obesidade e excesso ponderal na idade escolar

Ana Luísa Leite¹, Miguel Maia²

1- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, 2- Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: Nas últimas décadas, a obesidade (O) e o excesso ponderal (EP) infantil têm aumentado significativamente nos países desenvolvidos, sendo considerada pela OMS problema maior de saúde pública. O reconhecimento precoce dos seus factores de risco poderá permitir uma intervenção atempada e eficaz. O objectivo deste estudo foi identificar factores de risco para O e EP numa população escolar. **Material e Métodos:** Estudo transversal, descritivo, elaborado através de inquérito e medição dos parâmetros biométricos de crianças entre os 6 e 12 anos, pertencentes ao 1º e 2º ciclos de um agrupamento escolar. Foram estudados o sexo, idade, idade gestacional, peso à nascença, aleitamento materno, escolaridade e peso dos pais, existência de irmãos, número e tipo de refeições, actividade física e tempo dispendido ao computador/TV. Na análise estatística utilizou-se o teste χ^2 ($p < 0,05$), recorrendo ao programa SPSS® versão 15.0. Os conceitos de EP e O adoptados foram os definidos pela OMS na infância (EP= IMC P 85-95 e O= IMC> P 95 para o sexo e idade). **Resultados:** Dos 366 alunos estudados, 173 eram do sexo masculino e 193 do feminino. A mediana de idades foi de 10 anos. A prevalência de EP/O na amostra estudada foi de 34,4%, sendo que 20,2% apresentavam EP e 14,2% O. O sexo masculino foi o mais associado ao EP/O (EP=23,7%; O= 17,9%; $p=0,021$), mesmo após o ajuste para a idade, revelando maior pico de expressão aos 7 e 12 anos ($p=0,031$; $p=0,035$). Observamos que a escolaridade da mãe (64,6% com 6º ano nos obesos; $p=0,050$) e também o seu peso ($p=0,002$) influenciam o IMC da criança. Igualmente, constatamos que as crianças obesas são frequentemente filhos únicos (44,2%; $p=0,028$). O número de refeições ($p=0,001$) está associado ao IMC da criança e, na nossa amostra, a maioria das crianças ingere 5 refeições diárias. Em relação ao tipo de refeição ingerida, encontrou-se apenas associação significativa entre a ingestão de doces ao almoço e o aumento do IMC da criança (EP+O=32,4%; $p=0,042$). Relativamente aos restantes parâmetros, não foi demonstrada associação estatisticamente significativa na nossa amostra.

Conclusões: O sexo masculino, nomeadamente aos 7 e 12 anos, a baixa escolaridade da mãe e o seu peso, o ser filho único e o almoço rico em glícidos simples, são factores de risco para obesidade. Estes resultados comprovam o carácter multi-factorial da obesidade evidenciando a importância da prevenção do EP/O centrada na intervenção educacional na comunidade.

Palavras-chave: excesso ponderal, factores de risco, IMC, obesidade

CO19- Em Pediatria, as sessões de ensino a puérperas são importantes ou não?

Miguel Salgado¹, Sandrina Martins¹, Teresa Bernardo¹, Iris Maia²

1- Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo, 2- Hospital São Marcos - Braga

Introdução: Os cuidados básicos ao recém-nascido (RN) são um alicerce da pediatria. Existem contudo muitos mitos e falsas crenças, que aliadas à desinformação geral contribuem para que os profissionais de saúde se confrontem diariamente com erros facilmente evitáveis. Sendo assim, o ensino de alguns temas de Puericultura às mães poderá contribuir para a melhoria dos cuidados às nossas crianças. **Objectivos:** Questionar o conhecimento das puérperas sobre alguns conceitos de puericultura. Avaliar se sessões de esclarecimento promovidas por Pediatras nos primeiros dias de vida de um bebé influenciam a prestação de cuidados ao RN, nomeadamente na promoção do aleitamento materno, e se melhoram alguns conceitos de puericultura. **Métodos:** Estudo prospectivo caso-controlo, com duração de 2 meses, sendo a amostra as puérperas internadas no Serviço de Obstetria do Centro Hospitalar Alto Minho. As mães foram divididas em 2 grupos: grupo A (casos), em que foi feito ensino de puericultura e grupo B (controlos), sem qualquer intervenção. Ao grupo A foi proposto assistirem a uma palestra informativa no Berçário e efectuada uma consulta de Saúde Infantil aos 15 dias de vida, onde eram reforçados conceitos ensinados e promovido o aleitamento materno. Em ambos os grupos foram avaliados os conhecimentos através de um inquérito de escolha múltipla, na maternidade e 4 meses após, e no grupo A foi efectuado inquérito adicional aos 15 dias. **Resultados:** A amostra consistiu em 76 puérperas no grupo A e 72 no grupo B. No grupo A (casos) notaram-se diferenças em alguns temas antes e após a palestra. Cerca de 34,7% das mães afirmavam não ser necessário dar qualquer tipo de líquido durante o aleitamento exclusivo contra 98,7% após palestra e 47,3% consideravam o peso a melhor maneira de avaliar a nutrição com leite materno contra 90,7% pós palestra. Relativamente à posição de dormir, 21,1% pensavam ser o decúbito dorsal a posição recomendada contra 98,7% pós palestra. Nos inquéritos efectuados aos 4 meses houve diferenças nos dois grupos. Verificou-se que no grupo A, 55,6% das mães amamentavam, 70,5% não davam qualquer líquido durante o aleitamento exclusivo, 80% dormiam em decúbito dorsal e 66,7% dos lactentes adormeciam sozinhos contra 32,5%, 37,5%, 30% e 37,5% no grupo B respectivamente. **Conclusões:** O nível de conhecimento das puérperas é ainda aquém do desejável. A realização de uma sessão de esclarecimento parece melhorar substancialmente os conhecimentos e atitudes a longo prazo.

Palavras-chave: Puericultura, recém-nascido

Área Científica - Pneumologia

CO31- Apoio Ventilatório em Doentes Neuromusculares - Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra

Carla Maia, Ana Gomes, Teresa Silva, Miguel Félix, M. Helena Estevão
Laboratório do Sono e Ventilação - Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A deterioração da função respiratória é a causa mais frequente de morbi-mortalidade entre os doentes com doenças neuromusculares (DNM), por compromisso dos músculos respiratórios. O apoio ventilatório poderá contribuir para uma diminuição das complicações. **Objectivos:** Caracterizar a população de doentes neuromusculares que iniciaram apoio ventilatório no Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) desde o início da instituição desta modalidade terapêutica (1993) até Dezembro de 2007. **Material e Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo através da consulta da base de dados do Laboratório do Sono e Ventilação do HPC. Foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade de início da ventilação, tipo de DNM, tipo de ventilador, tipo de interface, tempo de permanência sob ventilação e evolução. **Resultados:** O apoio ventilatório foi iniciado em 70 doentes, dos quais 61,4% eram do sexo masculino. A ventilação foi iniciada em 4,7 (0 – 8) doentes por ano (A) e em 6,5/A na última década. A idade de início da ventilação variou entre um mês

(M) e 20,4A, com média e mediana de 76,3 e 50,5M respectivamente. O grupo de distrofias musculares foi o mais frequentemente implicado (42,9%), seguido pelas atrofia espinhais anteriores (31,4%) e miopatias congénitas e metabólicas (24,3%). A instituição da ventilação teve início programado em 54,3%; não programado em 32,9% e profilático em 12,8% dos casos. A modalidade pressurométrica foi aplicada em 69 casos (binivelado (BiPAP): 67, contínua (CPAP): 2) e a volumétrica num caso. Em 68 (97,2%) dos doentes a interface inicialmente utilizada foi a máscara (nasal: 65, facial: 3) e em dois (2,8%) a traqueostomia. Durante a evolução foram efectuados ajustes para otimizar a terapêutica: um dos doentes transitou de CPAP para BiPAP e 14 transitaram da máscara nasal para facial. Em 69/70 doentes a ventilação iniciada em meio hospitalar foi prosseguida no domicílio. Foram transferidos para outra instituição 16 doentes, em 3 foi perdido o contacto e houve 15 óbitos. Permanecem em ventilação 34 (48,6%) doentes por um período que varia entre 1,5M e 10,5A. **Comentários:** O apoio ventilatório, nomeadamente a ventilação não invasiva domiciliária, tem tido uma grande evolução e expansão. Utiliza-se de forma crescente em DNM, inclusivamente desde os primeiros meses de vida e de forma profiláctica, na tentativa de melhorar a função respiratória e qualidade de vida. A evolução da situação clínica exige a adaptação dos parâmetros e interface.

Palavras-chave: Apoio ventilatório, Doenças neuromusculares

CO32- Medição de óxido nítrico em idade escolar. Validade e valor

Isabel Sampaio¹, Carolina Constant², Filipa Negreiro³, Pedro Aguiar³, Ana Margarida Silva⁴, Marisa Salgueiro⁴, Cristina Bastardo⁴, Teresa Bandeira⁴
1- Hospital de Santa Maria, 2- Departamento da Criança e da Família, Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria, 3-Departamento de Bioestatística, Eurotrialis – Consultores Científicos, S.A., 4- Núcleo de Estudos da Função Respiratória, Sono e Ventilação do Departamento da Criança e da Família; Clínica Universitária de Pediatria; Hospital de Santa Maria

A fracção de óxido nítrico exalado (FENO) é um marcador de inflamação das vias aéreas com utilidade sugerida no diagnóstico e monitorização da asma. A existência de aparelhos portáteis simplifica e torna acessível este método de diagnóstico. **Objectivo:** Determinar a relação entre os valores FENO e a existência de sintomatologia respiratória e de alterações na espirometria. Identificar a repetibilidade e exequibilidade deste teste. **Métodos:** Avaliação da prevalência de patologia respiratória em idade escolar (n=313) através de: - aplicação de questionário de patologia respiratória em Português, adaptado do questionário da American Thoracic Society preenchido pelos pais; - realização de espirometria (gravação da melhor curva e dos 3 melhores resultados com equipamento MicroLab Spiro V1.34–Micro Medical Ltd - ERS/ATS); - medição de FENO (média de 2 medições consecutivas com equipamento NIOX MINO - ERS/ATS). As espirometrias foram analisadas por 2 dos autores e, após determinação de critérios de aceitabilidade, as 169 aceitáveis foram classificadas em normal/patológica de acordo com a forma da curva e valores das variáveis analisadas. Considerou-se um cut-off de 25ppm para FENO. Efectuou-se análise de associação dos resultados da espirometria e FENO com dados clínicos (tosse, falta de ar, pieira e asma). **Resultados:** A medição do FENO foi proposta a 132 crianças entre os 5-13 anos. Em 112(84,8%) obteve-se 2 medições válidas, com boa repetibilidade (coeficiente de correlação intra-classe=0.992). Os valores foram <25ppm em 98(87,5%), 25-35ppm em 5(4,5%) e >35ppm em 9(8%). Destas crianças, 62 efectuaram espirometrias aceitáveis. Das crianças com valores de FENO alterados, 3 não obtiveram espirometrias aceitáveis e em 9 a espirometria foi normal. Observou-se uma associação estatisticamente significativa (p<0,05) entre valores de FENO e a história familiar de asma, história de obstrução

respiratória alta, alergia aos ácaros/pó, alergia alimentar, asma, pieira e farfalheira. Não se observou associação estatisticamente significativa entre valores alterados na espirometria e FENO. **Conclusão:** A medição de FENO é exequível em crianças em idade escolar e tem muito boa repetibilidade no momento. Os valores de FENO relacionaram-se de forma estreita com sintomas respiratórios e asma, permitindo detectar alterações em crianças com espirometrias normais ou não aceitáveis. Como sugerido por outros autores o FENO pode ser um marcador sensível para detecção de asma e alergia.

Palavras-chave: óxido nítrico exalado, pieira, sintomas respiratórios

CO33- Terapêutica antibiótica inalada nos doentes com Fibrose Quística e infecção a Pseudomonas aeruginosa

Susana Castanhinha, Patrícia Reis, Joana Fermeiro, Luísa Pereira, Celeste Barreto
Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)

Na Fibrose Quística (FQ) a doença pulmonar é causa de morbidade e mortalidade. A infecção por Pseudomonas aeruginosa (PA) contribui para maior deterioração da função pulmonar. Para controlo da infecção crónica está indicada a terapêutica inalatória com antibióticos anti-pseudomonas. Esta via induz menos resistências, menos efeitos sistémicos adversos e diminui a necessidade de antibioterapia endovenosa. No nosso Centro, o tratamento com tobramicina inalada (TI) intermitente faz parte dos protocolos terapêuticos desde há 10 anos. **Objectivos:** Determinar a evolução clínica e o padrão microbiológico nos 2 anos prévios e nos 2 seguintes ao início da terapêutica com TI, nos doentes infectados com PA. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes do Centro Especializado de FQ do HSM infectados com PA que fizeram tratamento com TI (TOBI®) nos últimos 10 anos. Para cada doente analisou-se nos 2 anos prévios e 2 anos seguintes ao início de TI, os seguintes parâmetros: dados demográficos, padrão de infecção e resistência antibiótica, função respiratória, internamentos hospitalares e percentil-IMC. Definiu-se infecção crónica como ≥ 3 isolamentos nas secreções respiratórias em 6 meses e intermitente ≥ 1 isolamento positivo num ano. Fez-se análise estatística com o programa Excel®, teste Q-quadrado e T-student. **Resultados:** Cumpriram os critérios de inclusão 49 doentes. A média de idades no início de TI foi $14 \pm 8,9$ anos. No ano prévio todos apresentavam infecção por PA, sendo crónica em 81,3%. A evolução do isolamento e cronicidade foi a seguinte: Após 2 anos houve diminuição significativa dos isolados, 7 doentes tornaram-se negativos e 2 intermitentes. O padrão de resistência sofreu alterações: maior resistência a tobramicina (1-11,8%;p<0,05), gentamicina (3,7-35,7%;p<0,05), amicacina (1,6-28,5%;p<0,05) e ciprofloxacina (4,2-16,7%;p<0,05); menor resistência a ceftazidima (66,7-41%;p<0,05). PA multiresistente emergiu após TI (NS). Verificou-se melhoria do percentil-IMC médio e transitoriamente da CV e do VEMS. A média de internamentos hospitalares diminuiu 59,7% (1,4 para 0,57/ano). A maioria dos doentes manteve terapêutica com TI após o estudo. **Conclusões:** No tratamento de doentes com FQ infectados com PA e sob terapêutica com TI, verifica-se alterações do padrão microbiológico com aumento da resistência antibiótica, excepto à ceftazidima. Apesar da resistência à tobramicina, evidencia-se melhoria clínica.

Palavras-chave: Fibrose Quística, Pseudomonas aeruginosa, antibioterapia inalatória

	-2	-1	+1	+2
Isolamento	95,7%	100%	81,6%	78,7%
Infecção crónica	65,1%	81,3%	84,2%	77,8%

Posters com apresentação em sala

Área Científica - Cardiologia

POS01- Prova de esforço em crianças e jovens saudáveis e com cardiopatia

Rita Bellegarde Machado¹, Catarina Diamantino², Margarida Matos Silva³, Sara Silva¹, Renata Rossi³, Ana Teixeira³, Rui Ferreira³, Miguel Mendes³, F. Maymone Martins³

1- Hospital Dona Estefânia, 2-Hospital Espírito Santo de Évora, 3-Centro hospitalar Lisboa Ocidental-Hospital de Santa Cruz

Introdução: A Prova de Esforço (PE) é um exame não invasivo de baixo risco e com complicações extremamente raras em idade pediátrica. Está indicada a sua realização para avaliação da capacidade funcional, da resposta cardiovascular ao exercício físico, sinais e sintomas induzidos ou agravados pelo exercício, eficácia de tratamentos médicos ou cirúrgicos e prognóstico em crianças saudáveis, com doenças cardíacas, pulmonares ou outras patologias.

Objectivo: Caracterizar a população pediátrica referenciada/em seguimento num Serviço de Cardiologia Pediátrica submetida a PE e descrever os resultados obtidos nesses exames. **Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo das PE de crianças e adolescentes realizadas entre 1/1/2007 e 31/7/2008 num Serviço de Cardiologia Pediátrica. As PE foram todas realizadas em tapete rolante, sob o protocolo de Bruce. Foram avaliados os seguintes parâmetros: sexo, idade, diagnóstico principal, motivo de realização de prova e resultados obtidos. **Resultados:** Foram realizadas 206 PE, tendo-se obtido informação completa para estudo em 198. A maioria das crianças e adolescentes submetidos a PE eram do sexo masculino (54%) e tinham idade superior a 10 anos (média e mediana=13 anos). Dos exames efectuados, 121 foram-no em doentes sem cardiopatia, por: síncope (26%), estudo de arritmia (26%), precordialgia (25%), prática de desporto (18%), história familiar de cardiopatia e morte súbita (4%) e outros (1%). Dos cardiopatas (n=77), 43% tinham arritmias, 38% cardiopatia congénita complexa, 15% cardiopatia congénita simples e 4% miocardiopatia hipertrófica. A maioria das provas foi normal, quer no grupo sem, quer no grupo com cardiopatia (95% e 81%). Nas PE alteradas no grupo sem cardiopatia (n=6) houve resposta cronotrópica e resposta tensional inadequadas em 5 e 4 casos, respectivamente. Nas PE alteradas (n=15) do grupo com cardiopatia, registaram-se arritmias, resposta tensional e resposta cronotrópica alteradas em 9, 8 e 5 casos, respectivamente.

Palavras-chave: prova de esforço; idade pediátrica; cardiopatia

POS02- Recuperação ponderal após correcção cirúrgica de comunicação interventricular

Ana Caldeira, Catarina Almeida, Marta Aguiar, Margarida Matos Silva, Ana Teixeira, Renata Rossi, Isabel Menezes, Rui Ferreira, Rui Anjos, Fernando Maymone Martins

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital de Santa Cruz

Objectivo: Caracterizar os dados antropométricos de uma população com comunicação interventricular (CIV) e insuficiência cardíaca (IC) submetida a correcção cirúrgica e avaliar os seus efeitos naqueles parâmetros. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de lactentes submetidos a correcção cirúrgica de CIV até aos 13M (meses) de idade, entre 1998 e 2007, com um período mínimo de seguimento de 12M. Exclusão de crianças com cardiopatias complexas, síndromes polimalformativas, baixo peso ao nascer, com palições prévias. Os parâmetros avaliados foram idade, peso e comprimento ao nascer (na altura da cirurgia e 3, 6 e 12M depois) e necessidade de terapêutica anticongestiva. Todos os doentes foram submetidos a suplementação calórica (100-120 Kcal/kg/dia). Utilização do método de score z do índice peso/idade (desvio-padrão do peso da criança em relação ao peso mediano de referência; considera-se desnutrição score $z \leq -2$) e score z para o comprimento e peso-comprimento (p-c). Utilização do teste t de Student na análise estatística. **Resultados:** Foram estudadas 20 crianças, com idades, na altura da cirurgia, entre os 20 dias e os 13 M. Ao nascimento, nenhuma criança era desnutrida (score z médio -0,03); na cirurgia, 80% dos doentes estavam desnutridos (score z médio -2,22). A relação p-c era normal ao nascer e alterada na

cirurgia (score z -2,0). Apenas 3 doentes estavam sem medicação anticongestiva na altura da cirurgia. Pós cirurgia, registou-se uma clara recuperação ponderal aos 3M, com subida do score z dos pesos para -0,86 (-2,94 a 1,52), $p < 0,01$ em relação à cirurgia. A relação p-c normalizou nesta fase, com score z médio de 0,55. Aos 6M manteve-se a recuperação ponderal (score z -0,29, $p < 0,01$ em relação à cirurgia e 3M), com estabilização da relação p-c (score z -0,37, $p < 0,01$ em relação à cirurgia, NS em relação aos 3M); nenhum doente estava medicado nesta fase. Aos 12M o score z médio do P era de 0,24 (-1,14 a 1,37; $p < 0,01$ em relação à cirurgia e aos 3M; NS em relação aos 6M). O score z médio da relação p-c aos 12M era de 0,3; p NS em relação aos 3 e 6M. **Conclusão:** Neste grupo de doentes, verificou-se uma incidência elevada de desnutrição, com recuperação após cirurgia. O efeito foi rápido e progressivo. A cirurgia cardíaca em doentes desnutridos com IC normaliza mais rapidamente a relação p-c, com normalização do peso ligeiramente mais tardia, com efeitos que se prolongam em média até aos 6 meses.

Palavras-chave: desnutrição, CIV, recuperação ponderal

POS03- Provas de Esforço no Wolff Parkinson White

Isabel Cristina Torres Santos, Teresa Dionisio, Ana Mota, Marta António, Paula Martins, Graça Sousa, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A prova de esforço (PE) em idade pediátrica difere em muitos aspectos da realizada em adultos, nomeadamente na frequência cardíaca máxima e na resposta tensional. As principais indicações para a realização da PE são a avaliação da tolerância ao esforço e a identificação de arritmias induzidas pelo exercício físico. O Wolff Parkinson White é das taquicardias supraventriculares de reentrada mais frequente na criança. A sua primeira manifestação pode ser a síncope, a fibrilhação ventricular ou a morte súbita. Em patologias como WPW em coração estruturalmente normal, a prova de esforço poderá reproduzir esta perturbação do ritmo, contribuindo para o diagnóstico, prognóstico e follow-up destas crianças e adolescentes. **Material e Métodos:** Foi feita uma análise retrospectiva das provas de esforço efectuadas de Janeiro de 2007 a Junho de 2008, em crianças com WPW, com coração estruturalmente normal. **Resultados:** Durante 18 meses, realizaram-se 323 Provas de esforço. Destas 16 (5%) eram de crianças com WPW. A média de idades foi 10 anos, sendo a idade mínima de 6 anos e máxima de 16 anos. Dez do sexo masculino e seis do sexo feminino. O motivo de realização da prova de esforço foi a presença de WPW. Três provas foram realizadas com Beta bloqueante. Dos 16 exames realizados 10 (62%) mantiveram-se em WPW, apresentando infradesnivelamento de ST-T em 6 casos. Em seis provas de esforço (38%) verificou-se o desaparecimento da via anómala basal no pico de esforço. Em nenhum caso foi induzida taquicardia nem houve sintomas. As provas foram máximas em 69% dos casos e nas restantes o motivo de paragem foi a fadiga muscular. **Comentários:** A prova de esforço pode ser usada para avaliação do risco de desenvolvimento de arritmias potencialmente fatais no WPW. A perda de pré-excitação com frequências cardíacas mais altas está associado a um menor risco de morte súbita. Nos adultos a manutenção da pré-excitação tem uma sensibilidade de 80% em identificar os pacientes com risco de fibrilhação ventricular. No entanto, em idade pediátrica, a perda da pré- excitação pode ser difícil pela rápida condução no nóculo AV.

Palavras-chave: Esforço, pré-excitação, arritmias

Área Científica - Cuidados Continuados, Domiciliários e Paliativos

POS04- Continuidade de Cuidados no Domicílio em doentes respiratórios crónicos (DRC) – a experiência bem sucedida de uma parceria público-privada (H. Santa Maria/Fundação Gil)- Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD)

Cristina Gonçalves¹, Teresa Nunes², Luísa Pereira², Celeste Barreto², Teresa Bandeira²

1- Hospital de Santa Maria (HSM) – CHLN, 2- Unidade de Pneumologia,

Cuidados Respiratórios Domiciliários e de Transição; Departamento da Criança e da Família; Hospital de Santa Maria (HSM) – CHLN

Introdução: As crianças com patologias crónicas graves exigem hospitalizações frequentes e prolongadas que interferem com a organização e estabilidade das famílias, importantes na fase de crescimento. Embora existam programas de apoio domiciliário, é difícil avaliar eficiência e benefícios. Desde Maio de 2006 a UMAD apoiou no domicílio 65 crianças com DRC dependente de tecnologia e seus familiares. Pretendeu-se objectivar benefícios do programa analisando a duração e frequência das hospitalizações dos 29 doentes em seguimento activo e avaliando o grau de satisfação das famílias. **Métodos:** Estudo retrospectivo por consulta dos processos clínicos (dados demográficos, diagnóstico, apoios técnicos, nº de visitas e de dias de hospitalização) e do programa de gestão hospitalar. Efectuou-se análise de dias de internamento antes e após início do programa e de questionário aplicado às famílias. **Resultados:** Idade mediana das 29 crianças: 13 anos (2M-24A), 17 rapazes (58,6%). Diagnósticos frequentes: tetraparésia 14 (48,3%); doença neuromuscular 6(20,7%). Dependência de aspiração de secreções—18 (62,1%), ventilação de longa duração—16(55,2%) (3traqueostomia,13VNI), gastrostomia/ alimentação por sonda—12(41,4%), oxigenioterapia—11(27,9%). Neste grupo de doentes, excluindo um doente com internamento social prolongado, verificou-se redução de dias de internamento/ano: 18,4±18,0 para 17,1±28,5 dias (p=0,11). O inquérito foi aplicado a 16/29 famílias (55,2%). Todas classificaram como muito bom/bom o apoio dado pela UMAD. Na objectivação dos benefícios, 13 (81,3%) referem a execução de manobras com que não estão familiarizados que implicam idas ao hospital e 81,3% (13) o apoio durante as agudizações. **Conclusões:** Estes são os primeiros dados de avaliação de um programa de apoio domiciliário a DRC graves com dependência de tecnologia. Verificou-se um grau de satisfação das famílias muito bom, sobretudo no apoio à execução de técnicas e durante as agudizações. Verificou-se adicionalmente redução do nº de dias de internamento, sem significado estatístico, o que reflecte a gravidade dos doentes envolvidos ou fase avançada de doença. A monitorização do programa deverá ser alargada à avaliação da sobrevivência, evolução dos doentes, utilização de recursos e repercussão nos restantes membros da família incluindo irmãos, sendo antecipáveis resultados positivos como os que são referidos por outros grupos.

Palavras-chave: Doentes Respiratórios Crónicos, Cuidados Domiciliários

Área Científica - Cuidados Intensivos

POS05- Obstrução Aguda das Vias Aéreas Superiores. Experiência de 5 anos de um Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Tânia Sotto Maior¹, Marta Tavares², Marta João Silva², Milagros Garcia², Teresa Cunha da Mota², Augusto Ribeiro²

1- Hospital Pedro Hispano, 2- Hospital São João - Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos

Introdução: A obstrução aguda das vias aéreas superiores (OVAS) é uma emergência potencialmente fatal. Existem muitas causas de OVAS em pediatria, a maioria associada a infecção, aspiração de corpo estranho e trauma. O seu reconhecimento e intervenção precoce pode evitar a falência cardio-respiratória. **Objectivos:** Caracterização da população internada por OVAS e respectiva abordagem no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos (SCIP) do Hospital de São João. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, com análise dos processos clínicos de crianças internadas por OVAS no SCIP entre 01/02/2003 e 31/01/2008. **Resultados:** Analisaram-se 24 processos de internamentos por OVAS em crianças com idades compreendidas entre os 2 meses e os 14 anos (média de 4,4 anos e mediana de 2 anos) tendo 41,7% dos casos sido transferidos de outras instituições hospitalares. A duração média de internamento foi de 7,1 dias. O suporte ventilatório foi necessário em 21 casos (81% em ventilação invasiva), com duração média de 4,9 dias. Dos 24 casos, 20 efectuaram antibióticoterapia (83,3%), 22 corticoterapia sistémica (91,7%), 17 terapêutica inalada (corticoterapia em 58,3% e adrenalina em 37,5% dos casos) e 2 necessitaram de suporte inotrópico. Os procedimentos efectuados incluíram fibroscopia (33,3%), intervenção cirúrgica urgente (41,7%) e traqueostomia em 4 casos, uma das quais emergente. Não se verificou nenhum óbito e na data de alta 33,3% dos casos eram dependentes de oxigenoterapia. A patologia infecciosa foi responsável por 50% dos casos, com identificação de agente em 4 casos: Metapneumovirus, Vírus Epstein Barr, Haemophilus influenzae e Vírus Varicela Zoster. Os restantes casos foram secundários a complicações cirúrgicas (20,8%), a intubação traqueal prévia (12,5%), a acidentes (12,5%) (queimadura, arma de fogo e ingestão de

produto cáustico) e apenas um caso devido a síndrome de Pierre Robin. Foram identificados factores de risco para OVAS em 45,8% das crianças (roncopatia; apneia do sono; parésia de corda vocal; estridor crónico). **Conclusão:** A OVAS crítica é uma entidade pouco frequente em pediatria mas associada a elevada morbidade. Neste estudo destaca-se a etiologia infecciosa como o factor causal mais importante de OVAS e a necessidade frequente de suporte ventilatório. O conhecimento de factores de risco deve impelir o Pediatra na actuação precoce, assim como a intervenção na comunidade no sentido da prevenção de acidentes.

Palavras-chave: Obstrução Vias Aéreas Superiores

POS06- Anemia e transfusões sanguíneas na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos

Marta Ferreira, Clara Abadesso, Catarina Silvestre, Ester Almeida, Helena Cristina Loureiro, Helena Isabel Almeida
Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A anemia é uma complicação frequente das crianças internadas nas unidades de cuidados intensivos, resultando num elevado número de transfusões. O valor de hemoglobina (Hb) a partir do que se transfunde permanece controverso. **Objectivo:** avaliar a prevalência e os critérios de transfusão de concentrado eritrocitário (TCE) nas crianças internadas na UCIEP. **Material e Métodos:** Estudo transversal das crianças que receberam TCE entre Janeiro de 2004 e Dezembro 2007. Foram analisados parâmetros demográficos, clínicos e laboratoriais. **Resultados:** Realizaram-se 207 transfusões em 109 de 2174 crianças internadas, representando uma prevalência de 9,5%. A idade média foi de 3,3 □ 4,14 anos e 71(65%) crianças tinham factores de risco: anemia crónica 42(38,5%), prematuridade 15(13,8%) e cardiopatia 6(5,5%). À entrada, 61(56%) crianças tinham Hb □ 0gr/dL e 47(43%) desenvolveram anemia durante o internamento. O tempo médio para realização de TCE foi de 85 □ 129,67 horas, sendo o principal motivo a presença de anemia sintomática (58/109). Individualizaram-se dois grupos: recém-nascidos (Grupo A) e crianças com idade ≥29 dias (Grupo B). A média de transfusões foi de 1,9/criança (mínimo 1 e máximo 18), com 10/207 e 197/207 TCE no Grupo A e B, para valores médios de Hb de 8,4gr/dL e 6,8gr/dL, respectivamente. Quatro (3,7%) crianças tiveram reacções adversas: febre (2) e urticária (2). Registou-se uma tendência progressiva para estratégias transfusionais mais conservadoras, com 79 transfusões em 2004, 44 em 2005, 36 em 2006 e 48 em 2007, para valores de Hb de 7,62gr/dL, 7,29gr/dL, 6,18gr/dL e 6,36gr/dL, respectivamente. Foram factores associados a maior número de transfusões: instabilidade hemodinâmica (30,4% vs 69,6%.p=0,000), disfunção multiorgânica (69,2% vs 30,8%.p=0,000), sépsis (70,6% vs 29,4%.p=0,002) e choque hipovolémico (100% vs 0%.p=0,044). **Conclusão:** A política transfusional tem-se modificado ao longo dos anos, com a aplicação de estratégias progressivamente mais conservadoras. Neste estudo, verificou-se uma redução de 61% no número de transfusões realizadas entre 2004 e 2007, relacionada com a alteração nos critérios transfusionais nas duas populações analisadas. Após a realização deste trabalho, implementou-se um protocolo transfusional na UCIEP e iniciou-se a colheita prospectiva dos dados de TCE.

Palavras-chave: anemia, transfusão, concentrado eritrocitário, factores de risco

Área Científica - Desenvolvimento

POS07- Síndrome de Prader-Willi: Avaliação do desenvolvimento psicomotor e comportamento metilfenidato – uma nova abordagem terapêutica?

Kátia Cardoso¹, Fernanda Torgal², Rosa Gouveia², Manuela Baptista²

1- Hospital Santa Maria, 2- Unidade de Desenvolvimento - Departamento da Criança e da Família - HSM

Introdução: A Síndrome de Prader-Willi (SPW) é uma patologia rara (1 em cada 15.000 nascimentos), causada por um defeito genético no cromossoma 15q11-13. **Objectivos:** - Apresentar o fenotipo e a avaliação psicomotora e comportamental dos doentes com síndrome de Prader-Willi (SPW), seguidos na nossa Unidade; - Apresentar e discutir o programa de follow-up destes doentes. **Métodos:** Os autores analisaram retrospectivamente os processos clínicos de 13 doentes (8 do sexo masculino) com idades entre 5 e 13 anos e SPW geneticamente confirmada, seguidos na Unidade de Desenvolvimento do Hospital Santa Maria. Os dados recolhidos incluem: dados demográficos,

problemas no 1º ano de vida, fenótipo, avaliação psicomotora com a Escala de Ruth Griffiths, avaliação da linguagem com a Escala de Reynell, problemas comportamentais e programas de intervenção. **Resultados:** Todos os doentes tinham hipotonia e 9 tinham dificuldades alimentares no 1º ano de vida. Os 8 rapazes tinham criptorquidia. Nove crianças tinham fâcies típico e mãos e pés pequenos, 4 tinham escoliose e cáries. Doze crianças tinham baixa estatura ($P < 5$) e 10 eram obesas ($P < 95$), para a idade e sexo. Dez crianças tinham hiperfagia e birras, 6 tinham “skin picking” e 8 Défice de Atenção. Onze crianças tinham Défice Cognitivo e 2 Estado Limite do Funcionamento Cognitivo; na avaliação da linguagem todas as crianças tinham melhores resultados na compreensão do que na expressão verbal. Todas as crianças tinham apoio psico-educacional, terapia da fala e apoio de outras subespecialidades pediátricas de acordo com as suas necessidades específicas. Três destas crianças foram tratadas com metilfenidato com bons resultados no comportamento, atenção e desempenho cognitivo. **Comentários:** O diagnóstico precoce e a intervenção atempada com um programa de follow-up protocolado podem melhorar a evolução natural desta síndrome. O metilfenidato poderá ser uma medicação útil, a ser ponderada, na maioria destas crianças.

Palavras-chave: Síndrome de Prader-Willi, desenvolvimento psicomotor, comportamento, metilfenidato

POS08- Caracterização do estilo alimentar de crianças com perturbações alimentares e definição de estratégias de abordagem comportamental

Victor Viana¹, Paula Guerra², Alda Mira Coelho², Paulo Almeida³, Micaela Guardiana², Rute Vaz², Júlia Guimarães³

1- Universidade do Porto / Hospital S. João Porto, 2- Serviço de Pediatria, UAGMC HSJ-Porto, 3- ISCS-N/S. Pediatria, UAGMC, HSJ-Porto, 3- Faculdade de Medicina UP/ Serviço de Pediatria, UAGMC HSJ-Porto

O objectivo deste trabalho foi investigar o comportamento alimentar de um grupo de crianças com perturbações alimentares comparativamente a crianças normo-ponderais, com excesso de peso e obesas, procurando-se definir estratégias de intervenção. Foram avaliadas 116 crianças com idades entre os 4 e 13 anos (média 8,4 anos), das quais 26 tinham perturbações alimentares. Foi realizada a avaliação antropométrica das crianças e progenitoras e calculados os IMC e estabelecidos quatro grupos antropomórficos. As mães responderam ao Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ). Os resultados foram investigados recorrendo-se à análise univariada, e X². Verificamos que os quatro grupos se distinguem no que se refere aos factores do estilo alimentar agrupados em clusters, e que estes também apresentam diferenças quando analisados em função dos grupos antropomórficos; os factores classificados como de “aproximação à comida” se associam positivamente com as categorias de peso, enquanto que os factores de “evitamento da comida” se associam negativamente com as mesmas categorias. Não se verificaram relações entre o tipo antropomórfico das mães e o estilo alimentar dos filhos mas foi encontrada uma associação entre o tipo antropomórfico das mães e dos filhos. Os resultados confirmam a importância da investigação sobre o estilo alimentar, quando o objectivo é conhecer as determinantes psicológicas da ingestão alimentar e do peso, e definir estratégias comportamentais para lidar com perturbações alimentares em crianças.

Palavras-chave: Perturbações alimentares da infância, Comportamento alimentar

Área Científica - Doenças Metabólicas

POS09- Patologia metabólica energética e doença respiratória: consequência ou co-existência?

Susana Soares¹, Isabel Loureiro², Esmeralda Rodrigues³, Teresa Nunes², Inês Azevedo², Elisa Leão-Teles³

1- Hospital de S. João, 2- Unidade de Pneumologia e Imunoalergologia, Serviço de Pediatria, UAG-MC, Hospital de S. João, 3- Unidade de Doenças Metabólicas, Serviço de Pediatria, UAG-MC, Hospital de S. João

Introdução: As patologias do foro energético, entre as quais se destacam as citopatias mitocondriais, têm um espectro clínico pleomórfico. Geralmente o atingimento é mais expressivo a nível dos tecidos com maior gasto energético pelo que os quadros clínicos são dominados usualmente por manifestações neurológicas, miocardiopatia ou miopatia esquelética. Todavia, a ubiquidade deste organelo celular justifica a possibilidade de atingimento de qualquer órgão ou sistema. O envolvimento respiratório é raramente apontado na literatura. **Objectivos:** Os autores descrevem a apresentação e evolução de doen-

tes com diagnóstico de patologia mitocondrial e sintomatologia dominante do foro respiratório. **Métodos:** Estudo retrospectivo com revisão de dados clínicos, analíticos e imagiológicos. **Resultados:** Actualmente são seguidos 8 doentes (5 ♂) com patologia energética e doença respiratória (4 – 20 a.; média: 12 a.), 7 com citopatia mitocondrial e 1 com deficiência da β-oxidação mitocondrial dos ácidos gordos (LCHAD), com diagnóstico confirmado por parâmetros bioquímicos, enzimáticos e/ou mutacionais. O estudo bioquímico foi orientador em todos os doentes, o estudo enzimático foi afirmativo em 4 e o estudo mutacional em 2. A apresentação da patologia metabólica ocorreu no período neonatal em 4 doentes, em 2 enquanto lactentes e em 2 doentes após o primeiro ano de vida. A sintomatologia respiratória foi dominante na apresentação do quadro clínico de 4 doentes ou tem dominado a evolução nos restantes. Os quadros respiratórios incluíram síndromes intersticiais agudas (n=1; doente com LCHAD) e crónicas (n=4), bronquiectasias (n=3) e atelectasias migratórias (n=1). O tempo médio de seguimento é de 8 anos e 9 meses (2a.5m. – 14a.3m.). A evolução clínica tem sido variável com as medidas instituídas. Até ao momento, apenas um doente tem necessidade de BiPAP no período nocturno e 2 necessitam de oxigenoterapia domiciliária. **Discussão:** Os autores apresentam a experiência do centro na abordagem de doentes com patologia metabólica do foro energético e sintomatologia respiratória dominante, procurando discutir a sua correlação. O envolvimento miopático e a insuficiência respiratória resultante não parecem explicar todos os quadros observados, deixando assim em aberto outras interpretações. Embora a relação de causalidade seja difícil de definir, é vital uma melhor caracterização fisiopatológica do envolvimento respiratório nestas patologias.

Palavras-chave: Citopatias mitocondriais, deficiência da β-oxidação dos ácidos gordos, sintomatologia respiratória

Área Científica - Endocrinologia

POS10- Diabetes Mellitus tipo 1 numa consulta de Endocrinologia Pediátrica - casuística 13 anos

Sara Diogo Santos¹, Sara Prado², Carla Pereira³, Lurdes Sampaio³

1- Centro Hospitalar de Caldas da Rainha, 2- Hospital de Cascais, 3- Hospital de Santa Maria

A Diabetes mellitus tipo 1 (DM) é uma das doenças crónicas mais frequentes na idade pediátrica, tendo-se vindo a verificar um aumento da sua incidência, principalmente nas crianças com idades inferiores a 4 anos. **Objectivo do Estudo:** Conhecer as características clínicas e epidemiológicas das crianças com DM tipo 1 seguidas na consulta de Endocrinologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria (HSM). **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos referentes às crianças seguidas na Unidade de Endocrinologia Pediátrica do HSM entre Março de 1994 e Novembro de 2007. Foram avaliados: sexo, idade, manifestação clínica inicial, duração da doença, esquema e dose de insulina, controle metabólico e complicações. **Resultados:** Diagnosticaram-se 152 casos de DM tipo 1. A idade média de aparecimento da doença foi de 8 anos e relativamente à distribuição anual das formas de apresentação verificou-se um decréscimo progressivo da cetoacidose e um aumento significativo da hiperglicémia. Em Novembro de 2007 encontravam-se em seguimento 71 doentes. As crianças seguidas efectuam insulino-terapia em esquema intensivo, convencional e com 3 ou mais injeções. A dose média de insulina é de 0.8U/Kg/dia, sendo mais baixa no esquema convencional. O nível médio de HbA1c no último ano foi de 9.3% (N=65), sendo de 10% nos adolescentes com mais de 12 anos; o grupo com melhor controle metabólico foi o dos 6-12 anos, com uma HbA1c média de 8.6%. A duração média de doença é de 7 anos; foram detectadas complicações em 14 doentes. Dos 71 doentes em seguimento, 70 efectuam análogos de insulina de acção rápida e 13 doentes administram análogos de insulina de acção prolongada; dois doentes utilizam um sistema contínuo de infusão subcutâneo. **Conclusão:** Dos doentes com mau controle metabólico, 70% pertencem ao grupo com mais de 12 anos de idade, o que indica uma maior dificuldade no controle da doença no grupo dos adolescentes, o que se pode explicar pelas suas particularidades metabólicas e psico-sociais; é ainda neste grupo que se encontram os casos mais graves em termos sociofamiliares. A dose média de insulina é mais baixa nas crianças que efectuam o esquema convencional, o que estará relacionado com o facto de serem crianças mais novas. De salientar o aumento significativo da hiperglicémia como forma de apresentação da doença e o decréscimo da cetoacidose, o que poderá indicar uma maior sensibilização da família e do pessoal de saúde.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 1, insulina

POS11- Obesidade infantil e factores de risco de doença cardiovascular
Marta Sousa Moniz, Tânia Marques, Marta Cabral, Raquel Coelho, Ana Cristina Monteiro, Graciete Bragança
Hospital Fernando Fonseca

Introdução: A obesidade associa-se, mesmo em idade pediátrica, a outros factores de risco de doença cardiovascular (FRDCV) que diminuem a qualidade e esperança média de vida. **Objectivos:** Caracterizar a prevalência dos factores de risco cardiovascular nas crianças e adolescentes obesos da Consulta de Endocrinologia Pediátrica do Hospital Fernando Fonseca. **Material:** Estudo retrospectivo dos casos seguidos entre Janeiro de 1997 e Junho de 2008. Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, peso, altura, tipo de obesidade, antecedentes familiares (AF) de obesidade, dislipidémia, diabetes melitus ou doença cardiovascular, IMC e respectivo z-score, tensão arterial, perfil lipídico e índice de insulinoresistência (IR) segundo o "homeostasis model assessment" (HOMA). Registaram-se os dados da consulta inicial, 1 e 2 anos ou última consulta. **Resultados:** Foram avaliadas 886 crianças com idade média de 9,5 anos, 53% do sexo feminino, 60% com obesidade tipo androide, 93% com pelo menos um AF de factores de risco cardiovascular e com média de z-score de 2,3. Na avaliação inicial 29% apresentaram dislipidémia, 32% tensão arterial \geq ao percentil 95 (P95), 12% critérios de Síndrome Metabólico e 25% IR. Registaram-se dois casos de Diabetes Mellitus 2 e a associação de dois ou mais FRDCV foi encontrada em 19% dos doentes com z-score igual ao da população geral. O grupo com dislipidémia não apresentou diferenças significativas na distribuição relativa ao sexo, tipo de obesidade, AF de obesidade ou dislipidémia ou aos critérios de IR. Neste grupo o z-score médio foi 2,4. Nos doentes avaliados aos 2 ou mais anos de consulta, a dislipidémia persistiu em 24%. O grupo da tensão arterial elevada, não apresentou correlação estatisticamente significativa com o sexo, idade e AF de HTA. A média do z-score foi mais elevada no grupo de hipertensos (2,4) face aos normotensos (2,2) e cerca de um terço destes doentes tinha IR. Os casos de SM, com idade entre os 10 e 16 anos, não apresentaram correlação com idade ou sexo e apresentaram aumento significativo da prevalência de AF de HTA e DM. Neste grupo a média do z-score foi 2,2 e 73% tinha critérios de IR. **Conclusão:** Na população estudada encontrámos um número preocupante de crianças com um ou mais FRDCV além da obesidade. Para além das complicações a curto prazo, o risco de persistência na idade adulta é elevado pelo que se chama a atenção para a importância do rastreio e vigilância precoces destas patologias.

Palavras-chave: Obesidade; Dislipidémia; Factores Risco

Área Científica - Gastroenterologia e Nutrição

POS12- Estudo longitudinal da ingestão nutricional de atletas em idades pediátricas

Maria Raquel Gonçalves e Silva¹, Hugo Silva²

1- Universidade Fernando Pessoa, 2- Faculdade de Desporto - Universidade do Porto

A prática de exercício físico intenso tem uma forte influência nos hábitos alimentares em atletas, condicionando também a própria composição corporal. As atletas praticantes de desportos que exigem graciosidade e técnica (por exemplo: a Ginástica Rítmica, a Ginástica Artística) estão sob uma grande pressão para exibirem um corpo magro e esbelto. Deste modo, este grupo tem sido considerado um potencial grupo de malnutrição. É ainda de realçar o facto da carreira destas atletas ser muito curta, daí abrangendo idades muito jovens, onde ocorrem importantes e determinantes processos de formação e de crescimento, que terão consequências na vida futura. O objectivo deste estudo visa avaliar a ingestão alimentar em jovens atletas do sexo feminino praticantes de ginástica de competição (n=82) em idades pediátricas [11,8 (2,8) anos], variando entre os 7 e os 18 anos. A metodologia utilizada baseia-se na caracterização do treino desportivo, na avaliação antropométrica e na aplicação de um de um diário alimentar de 3 dias consecutivos, incluindo um dia de fim-de-semana durante os três principais períodos de uma época desportiva. A quantificação alimentar foi feita por comparação com fotografias de alimentos, sendo que para a conversão de alimentos em nutrientes, utilizamos a base de dados do programa Food Processor Plus. Utilizou-se a média e o desvio-padrão, e o teste Kolmogorov-Smirnov para a análise da distribuição normal dos dados antropométricos e nutricionais. O tratamento estatístico realizou-se com recurso ao programa informático SPSS, versão 15.0. O peso, a estatura e o índice de massa corporal eram inadequados para a idade, o que pode ser um indicador da presença de malnutrição. A ingestão

energética diária foi inferior à recomendada para atletas deste tipo, tendo atingido o valor mais baixo no período competitivo [1444 (507) Kcal/dia]. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) para os valores dos macro e dos micronutrientes ao longo da época desportiva. As vitaminas A, B1 e B6 atingiram valores relativamente elevados aos recomendados, ao contrário do cálcio, do ferro e do magnésio, independentemente do período da época avaliado. As ginastas apresentaram uma ingestão energética e nutricional hipoenergética, desequilibrada e monótona, o que pode comprometer o seu estado de saúde e o seu rendimento desportivo.

Palavras-chave: Ingestão energética e nutricional; Ginastas

POS13- Resultados de um programa original de prevenção da obesidade pediátrica em contexto escolar- EFICAS: Exercício Físico e Comportamento Alimentar Saudável.

Ana Ribeiro¹, Henedina Antunes²

1- Nutricionista, Departamento Serviço de Pediatria, Hospital de São Marcos, 2- Pediatra, Consulta de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica do Hospital de São Marcos, Braga, Escola de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: A obesidade não responde facilmente ao tratamento, pelo que a prevenção é essencial. Como estratégias preventivas de intervenção, deve-se actuar na alimentação e actividade física. O EFICAS (Exercício Físico e Comportamento Alimentar Saudável), é um programa original de prevenção da obesidade pediátrica em contexto escolar. Foi aplicado um estudo piloto na Escola EB 2,3 André Soares, em 2007 (Alves D, Antunes H). **Metodologia:** Aplicação do EFICAS na Escola EB2,3 de Briteiros em 2008 a uma amostra aleatória de alunos, 2 alunos de cada turma, do 5º ao 9º ano. Foram utilizados Questionários, da Alimentação e do Exercício físico, nas fases pré e pós teste, após 4 meses de intervenção. Previa-se uma mudança no IMC dos alunos da amostra após intervenção. **Resultados:** Foram incluídos 52 alunos, houve 2 desistências (25 M, 25F). A mediana de idade foi de 13 anos (min. = 10 anos; máx.=17 anos). Após a intervenção verificou-se uma diminuição no IMC dos alunos da amostra ($p=0,035$). Quanto ao consumo de leite verificou-se uma diminuição da adesão entre as fases pré e pós teste ($p=0,007$). Em relação à fruta ($p=0,021$) e aos iogurtes ($p=0,001$) regista-se um aumento nos seus consumos. Quanto ao movimento de adesão à prática de exercício físico nos tempos livres ($p=0,035$) verificou-se um aumento. **Conclusão:** A intervenção a nível escolar teve um sucesso relativo mas permitiu provar a nossa hipótese na observação após 4 meses da intervenção.

Palavras-chave: Obesidade, prevenção, adolescentes, programa escolar

POS14- Balão intra-gástrico (BIG) como proposta terapêutica precoce em situações in extremis de obesidade pediátrica? Resultados preliminares

Carla Rego¹, Vasconcelos C.², Silva D.², Dias C.³, Branselina V.⁴, Trindade E.⁴, Amil Dias J.⁴

1- Hospital de S. João. E.P.E. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, 2- Unidade de Nutrição. Serviço de Pediatria UAG – MC. Hospital de S. João. E.P.E. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, 3- Serviço de Bioestatística e Informática Médica. Faculdade de Medicina do Porto e CINTESIS, 4- Unidade de Gastroenterologia. Serviço de Pediatria. UAG – MC. Hospital de S. João. E.P.E. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto.

Introdução: O tratamento da obesidade é difícil e cursa com uma elevada taxa de insucesso, mesmo em idade pediátrica. **Objectivo:** Avaliar o interesse da utilização precoce de uma técnica fácil e reversível, visando aumentar o sucesso da intervenção terapêutica em situações de obesidade mórbida que não respondeu à abordagem comportamental convencional. **Material e Métodos:** Procedeu-se à colocação de um BIG em 8 crianças e adolescentes (5 sexo feminino; idade cronológica média: 13,1 anos; 7,3 – 17,8) com obesidade nutricional mórbida e comorbilidade, que não responderam à intervenção comportamental tradicional (nutricional + exercício) durante mais de 1 ano. Foi caracterizado o perfil lipídico, a função hepática e tiroideia, realizada uma PTOG e avaliada a tensão arterial. Foi previamente excluído RGE e realizada uma avaliação psicológica familiar. Foi introduzido um BIG (400 – 500 ml) por endoscopia e removido 6 meses após. O programa nutricional e de exercício foi ajustado periodicamente. **Resultados:** Todas as crianças e adolescentes reduziram o IMC (media = 6,4; 2,1-16,3) e o perímetro da cintura (media = 26,5 cm; 9,5-28,0) observando-se melhores resultados no grupo das crianças (idade \leq 11 anos; $p < 0,01$). Na reavaliação 5 meses após a remoção do BIG mantêm-se uma redução de ambos os parâmetros mas apenas no grupo das crianças. Não se observaram alterações significativas no perfil lipi-

dico mas registou-se uma redução significativa da insulínia post-prandial ($p < 0,01$). **Conclusão:** O BIG poderá ser uma terapêutica eficaz na abordagem da obesidade mórbida com comorbilidade em idade pediátrica, como coadjuvante da terapêutica comportamental. A utilização precoce (pelo menos até à idade do ressalto adipocitário) do BIG parece mostrar benefícios no controle da progressão da deposição adipocitária bem como reverter as alterações metabólicas. São no entanto necessários mais estudos.

Palavras-chave: Obesidade, Terapêutica, Balão intra-gástrico

Área Científica - Hematologia

POS15- Púrpura Trombocitopénica Imune. Estudo retrospectivo

Marta Mendonça¹, Teresa Fernandes², Raúl Moreno³, Teresa Almeida⁴, Orquídea Freitas⁴, Lino Rosado⁴

1- Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, 2- Hospital Santo António dos Capuchos, 3- Hospital Santa Maria, 4- Hospital Dona Estefânia

Introdução: a púrpura trombocitopénica imune (PTI) é a causa mais frequente de trombocitopenia isolada na criança e tem um carácter habitualmente benigno. A grande maioria dos casos (70% a 80%) têm uma apresentação aguda, resolvendo em menos de 6 meses após a apresentação. Os restantes 20% a 30% são classificados como crónicos. **Material e Métodos:** estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças seguidas na Consulta de Hematologia no ano 2007 com o diagnóstico de púrpura trombocitopénica imune, com o objectivo de avaliar os factores de risco associados ao desenvolvimento de PTI crónica: idade, sexo, apresentação clínica, contagem de plaquetas no diagnóstico e história de infecção viral prévia. **Resultados:** foram incluídos no estudo 36 casos de PTI, 50% do sexo masculino. Em 21 casos (58%) a evolução foi aguda e em 15 (42%) crónica. A idade média no diagnóstico foi de 4,5 anos nos 2 grupos. Não foi possível associar a idade superior a 10 anos ao risco aumentado de PTI crónica devido ao reduzido número de casos nesta faixa etária. No grupo da PTI crónica verificou-se um predomínio do sexo feminino (60%) e na PTI aguda do sexo masculino (57%). Em 81% dos casos de PTI aguda e em 33% dos casos de PTI crónica havia história de infecção prévia. As hemorragias cutâneas foram a manifestação inicial mais frequente nos dois grupos, 100% na PTI aguda e 67% na PTI crónica. Não se registou nenhum caso de hemorragia do sistema nervoso central. A contagem de plaquetas à admissão foi inferior a 20 000/ μ L em 80% dos casos. O número médio de plaquetas foi de 14 000/ μ L na PTI aguda e 25 000/ μ L na PTI crónica. Efectuaram mielograma 23% dos casos (9,5% das PTI agudas e 40% das PTI crónicas). A maioria dos casos recebeu tratamento, 95% dos casos agudos e 93% dos casos crónicos, que consistiu na administração de imunoglobulina (91,7%), corticóides (16,7%) e transfusão de plaquetas (5,6%). Uma criança foi esplenectomizada. **Conclusão:** à semelhança do que é descrito na literatura, as crianças do sexo feminino, com contagem de plaquetas superior a 20.000 / μ L na apresentação, sem quadro hemorrágico significativo e sem história de infecção nas 6 semanas anteriores tiveram mais frequentemente uma evolução crónica. Estes factores devem ser tidos em conta quando se estabelece o prognóstico da situação clínica.

Palavras-chave: Púrpura trombocitopénica imune crónica, plaquetas, imunoglobulina

Área Científica - Imunoalergologia

POS16- Reacções de Hipersensibilidade a fármacos – Implicação de falsos diagnósticos

Marta Cabral¹, Ana Teresa Silva², Graça Sampaio³

1- Hospital Fernando Fonseca - Amadora, 2- Hospital Fernando Fonseca - Amadora, 3- Hospital Fernando Fonseca - Amadora

Introdução: As reacções de hipersensibilidade a fármacos são frequentes na prática clínica e responsáveis por cerca de 15% das reacções adversas notificadas. Objectivo: Caracterizar os casos com suspeita de hipersensibilidade a fármacos referenciados à consulta de Imunoalergologia. **Métodos:** Estudo retrospectivo das crianças com suspeita de alergia a fármacos entre Junho de 2006 e Junho de 2008. **Resultados:** 75 crianças, média de idade 4,5 anos, 62,7% sexo masculino. A amoxicilina e amoxicilina+ácido clavulânico foram os fármacos suspeitos em 49 crianças (65,3%), penicilina benzatínica

em 4 (5,3%), macrólidos em 5 (6,7%), ibuprofeno em 11 (14,7%), paracetamol em 5 (6,7%), cotrimoxazol em 4 (5,3%) e num caso ceftriaxone, betametasona, montelukast, ampicilina e gentamicina. 37 (49,3%) apresentaram-se como exantema maculo-papular, 27 (36%) exantema urticariforme, 7 (9,3%) angioedema isolado, 3 anafilaxia e 1 Síndrome de Stevens-Johnson. A patologia que motivou o uso do fármaco suspeito foi amigdalite em 22 crianças (29,3%), otite média aguda em 14 (18,7%), infecção respiratória em 10 (13,3%), pneumonia em 3 (4%), gastroenterite aguda e infecção urinária em 2 (2,7%). Em 8 (10,7%) a história clínica típica estabeleceu o diagnóstico de alergia medicamentosa. Foram realizados testes cutâneos ao fármaco suspeito em 26 (34,7%) crianças (6 foram positivos). Provas de provocação foram realizadas em 65 (86,7%), 59 com o fármaco implicado e 6 com fármacos alternativos (uma foi positiva). Comprovou-se alergia medicamentosa em 15 (20%): 5 à amoxicilina+ácido clavulânico, 4 ao cotrimoxazol, 2 à amoxicilina e 1 à penicilina benzatínica, ceftriaxone, ibuprofeno e betametasona respectivamente. Destes, 8 manifestaram-se como exantema urticariforme, 3 angioedema isolado, 3 anafilaxia e 1 Síndrome de Stevens-Johnson. **Discussão:** A forma de apresentação mais frequente de alergia a fármacos foi a urticária e/ou angioedema; cerca de 50% dos casos manifestaram-se como exantema maculo-papular simples e em nenhum foi confirmada hipersensibilidade ao fármaco suspeito. Os antibióticos b-lactâmicos, quando utilizados no tratamento de infecções respiratórias, foram os fármacos mais frequentemente suspeitos de reacção alérgica. Excluir alergia a fármacos é um processo fundamental para uma terapêutica segura e evita o desenvolvimento de resistências microbianas por utilização de antibióticos de segunda linha.

Palavras-chave: hipersensibilidade medicamentosa,

POS17- Sensibilização a alergénios alimentares em crianças de diferentes faixas etárias.

Daniel Machado¹, Gisela Calado¹, Carmelita Ribeiro¹, Beatriz Tavares¹, Graça Loureiro¹, Celso Chieira¹, Celso Pereira²

1- Hospitais da Universidade de Coimbra, 2- Hospitais da Universidade de Coimbra e Centro de Diagnóstico - Covilhã

Introdução: A sensibilização alérgica a alimentos representa uma patologia com impacto crescente nas sociedades ocidentais, com expressão clínica reportada a idades cada vez mais precoces, mas com significativa redução da prevalência ao longo do crescimento. Condiciona, com frequência, distúrbios clínicos com alguma gravidade e com claras implicações na qualidade de vida do doente e família. É de extrema importância um diagnóstico correcto, pois as medidas de evicção melhoram o prognóstico da doença. **Objectivo:** Avaliar a reactividade cutânea alimentar em crianças com suspeita de alergia alimentar com idades até aos 16 anos de idade, de acordo com as várias faixas etárias, observadas em Consulta de Imunoalergologia nos primeiros 6 meses de 2007. **Métodos:** 37 crianças foram submetidas a testes cutâneos de alergia (TC) com extractos comerciais de alimentos (Leti, Espanha). Os resultados foram analisados em função da clínica, idade e tipo de sensibilização (distribuição de frequências e teste de qui-quadrado). **Resultados:** A média de idades foi 4,62 \pm 3,55 anos (20 sexo feminino e 17 sexo masculino). Em 22 crianças (59,5%) demonstrou-se positividade dos TC a alimentos sendo a manifestação clínica preponderante de eczema atópico (EA) em 9, clínica respiratória (CR) em 7, EA+CR em 3, e alergia alimentar em outras 3 crianças. Relativamente à sensibilização verificou-se que 27,0% estavam sensibilizados a ovo e fracções, 10,8% a leite e fracções, 32,4% a frutos frescos, 21,6% a frutos secos, 5,4% a legumes e leguminosas, 8,1% a peixes, 5,4% a marisco, 5,4% a carnes, 5,4% a farinhas, 8,1% a Anizakis simplex. O eczema atópico foi mais frequente nas idades \leq 6 anos ($p=0,038$). A sensibilização alimentar foi mais frequente no grupo \leq 2 anos ($p=0,043$), em particular ao ovo ($p<0,0001$), sendo que esta se manteve frequente até aos 6 anos ($p=0,015$). Não se verificaram diferenças significativas para outros grupos de alergénios alimentares nas diferentes faixas etárias, nem associação destes com CR. **Conclusão:** A sensibilização a alergénios alimentares associou-se frequentemente a EA e CR. Nesta amostra, os alimentos mais implicados na sensibilização foram o ovo, frutos frescos, e frutos secos. Nas crianças em idade pré-escolar o ovo foi, manifestamente, o alergénio mais relevante. Os TC com extractos alimentares constituem, assim, uma metodologia de enorme interesse, numa primeira abordagem em crianças com clínica sugestiva deste tipo de sensibilização.

Palavras-chave: Alergia alimentar. Testes cutâneos. Eczema atópico. Alergénios

Área Científica - Infecçiology

POS18- Dengue em Portugal em idade pediátrica

Hugo Cavaco¹, Henedina Antunes², Sofia Martins¹

1- Hospital de São Marcos, 2- Hospital de São Marcos; Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: O Dengue é provocado por um flavivírus e transmite-se através da picada dos mosquitos do género *Aedes*, existentes nas regiões tropicais e subtropicais. Existem 4 serótipos, sendo a imunidade serótipo-específica. Em mais de 95% dos casos a primeira infecção é benigna e autolimitada, não requerendo internamento. Nalguns casos e, sobretudo, numa nova infecção, pode originar uma situação mais grave de Dengue hemorrágico. A suspeição clínica acontece perante febre, associada a cefaleias, dor retro-orbitária, mialgias, artralgias, exantema, manifestações hemorrágicas e leucopenia, com estadia em região afectada nos 14 dias anteriores. As viagens de crianças para destinos tropicais, cada vez mais frequentes, facilita o aparecimento de doenças pouco conhecidas dos pediatras portugueses como é o caso do Dengue.

Caso Clínico: Criança de 6 anos de idade, sexo feminino, regressou dia 30 de Março numa viagem ao Brasil (Fortaleza), tendo utilizado repelente de insectos. Durante a viagem inicia vómitos alimentares e diarreia. Febre (39°C), acompanhada de cefaleias e mialgias nos membros inferiores. Em D3 recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal, anorexia e recusa alimentar. Ao exame objectivo encontrava-se prostrada, sem exantemas ou lesões de picada de insectos. Analiticamente PCR de 24,37mg/L, 4400 leucócitos, 200000 plaquetas e cetonúria. Devido à suspeita clínica de Dengue, foram pedidas serologias (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge) de acordo com a Circular Normativa nº06 de 26-03-2008 da DGS, cujos resultados foram positivos para os serótipos 1 e 2 (IgM). Efectuou analgesia e fluidoterapia, tendo tido alta para o domicílio no mesmo dia. **Discussão:** Actualmente o Dengue é reconhecido como um problema de Saúde Pública em todos os estados do Brasil. Apesar de só ter sido diagnosticado mais um caso para além deste em Portugal até ao momento e considerando o elevado número de vôos entre Portugal e o Brasil, é necessário chamar a atenção para a importância de considerar o Dengue no diagnóstico diferencial de síndromes febris com história de viagem ao Brasil nos últimos 14 dias.

Palavras-chave: dengue, Brasil, febre hemorrágica, síndrome febril

POS19- Doença Estreptocócica Invasiva Grave- Doença Emergente?

Sara Nóbrega, Catarina Gouveia, Maria João Brito
Hospital de Dona Estefânia

Introdução: Desde os anos 80 que se verifica um aumento da incidência da doença estreptocócica invasiva (DSI) na Europa e América do Norte provavelmente relacionado com o aparecimento de estirpes mais virulentas. Num curto espaço de tempo (8 meses) foram internados no nosso hospital, seis casos de uma entidade rara - DSI grave. **Objectivos:** Avaliar as características da DSI grave, identificar factores de risco, complicações e prognóstico. **Métodos:** Estudo descritivo, de Dezembro de 2007 a Julho de 2008. Analisaram-se parâmetros demográficos, factores de risco, clínica, exames laboratoriais, terapêutica, complicações e evolução. **Resultados:** Identificaram-se 6 casos, entre os 16 meses e os 3 anos (mediana 2,5 anos), com predomínio (4/6) do sexo masculino, 5/6 ocorreram entre Dezembro e Fevereiro. Dos factores de risco a referir: infecção viral (2), AINES (2), varicela (2). Em 4/6 casos havia exantema escarlatiniforme. Os diagnósticos foram: SSTS (Streptococcal Toxic Shock Syndrome) (2), fascíte necrotizante (2), bacteriemia (1) e infecção estreptocócica grave (1). A mediana dos valores da hemoglobina foi 11,2mg/dl, leucócitos 25170 μ /L, neutrófilos 1510 μ /L e PCR 22,19mg/dl. Ocorreram complicações em 5/6 doentes: choque séptico (3), CID (2), insuficiência renal (2), abscesso tecidos moles (2), sobreinfecção bacteriana (2), ARDS (1), osteomielite/artrite séptica (1), pneumonia/derrame pleural (1). A duração do internamento teve uma mediana de 17,4 dias. Quatro doentes realizaram penicilina e clindamicina; dois penicilina isoladamente e três adicionalmente outros antibióticos. Verificou-se sensibilidade à eritromicina e clindamicina em todos os casos. Duas crianças necessitaram de cirurgia. Necessitaram de cuidados intensivos três crianças com: suporte hemodinâmico (3), transfusões (3), ventilação mecânica (1) e oxigénio hiperbárico (1). Não se registaram óbitos. Nos casos de fascíte necrotizante identificou-se défice imunitário da fagocitose. As estirpes isoladas foram enviadas para caracterização molecular (emm typing e detecção de superantígenos). **Conclusões:** Seis casos de DSI num curto espaço de tempo podem indicar também no nosso país a emergência de estirpes GAS de maior viru-

lência, pelo que a tipagem será importante na identificação de clones mais invasivos. Apesar da susceptibilidade à penicilina e da DSI cursar com morbidade elevada, o importante parece ser procurar novas formas de tratar o doente e não o agente.

Palavras-chave: Doença estreptocócica invasiva emergente

POS20- Leishmaniose Visceral - Formas atípicas

Inês Simão, Marta Conde, Catarina Gouveia, Maria João Brito
Hospital Dona Estefânia

A leishmaniose visceral cursa habitualmente com pancitopenia, hepatoesplenomegalia e hipergamaglobulinemia e sob terapêutica adequada a evolução é favorável. O objectivo deste trabalho é alertar para formas de apresentação e evolução pouco habituais da doença. **Caso 1:** Criança de 9 anos, com doença de células falciformes, internado por febre, anemia e hepatoesplenomegalia. Apresentava polipneia e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax direito pelo que foi medicado com ceftriaxone a que posteriormente se associou vancomicina por manter febre. A persistência da hepatoesplenomegalia, alterações das provas hepáticas e a ausência de resposta à antibioticoterapia levou à investigação de outras etiologias. Verificou-se existir hipergamaglobulinemia, a serologia para *Leishmania* foi positiva e o mielograma revelou imagens sugestivas de *Leishmania* spp. Realizou terapêutica com anfotericina B com boa evolução. **Caso 2:** Criança de 23 meses, internada por febre, hepatomegalia e bicitopenia. Cerca de uma semana antes havia referência a enantema e gengivite e a PCR-HVS6 nas secreções orais foi positiva. Por persistência da febre e hepatomegalia apesar da ausência de esplenomegalia, de hipergamaglobulinemia e da serologia e PCR-*Leishmania* serem negativas, realizou mielograma que revelou imagens compatíveis com leishmaniose visceral; fez terapêutica segundo protocolo com melioria. **Caso 3:** Criança de 2 anos, internada por febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Apresentava lesão cutânea ulcerada na região malar. Colocou-se hipótese de leishmaniose e a PCR e serologias foram positivas. A electroforese das proteínas não revelava hipergamaglobulinemia. Iniciou anfotericina B sem melioria clínica pelo que repetiu um segundo ciclo também sem resposta. A evolução laboratorial e um segundo mielograma foram compatíveis com síndrome hemofagocítica pelo fez dexametasona e ciclosporina A, com boa evolução. O caso 1 e 2 ilustram formas de leishmaniose visceral que pela coexistência de co-morbilidades crónicas e agudas atrasaram o diagnóstico; na ausência de uma evolução favorável mesmo quando o quadro clínico não é clássico, é pois importante relembrar esta entidade. No caso 3, na presença de uma resposta desfavorável à terapêutica é necessário investigar outras etiologias como existência de imunodeficiência, resistência à anfotericina B ou de complicações como o síndrome hemofagocítico.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral - Formas atípicas

Área Científica - Medicina Adolescente

POS21- Gravidez na adolescência

Nelea Afanas¹, Vânia Martins², Elisa Costa Sousa³

1- Hospital São Teotónio Viseu, 2- Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Real, 3- Saúde Pública, Centro de Saúde São Mamede de Infesta

Dos variados factores que colaboram para que ocorra a gravidez na adolescência destaca-se a falta de objectivos encontrada nos jovens de classe social mais baixa, que talvez veja num filho a oportunidade de ter um projecto de vida, uma vez que não se consegue inserir na vida escolar e/ou profissional. Factores socioeconómicos como a situação económica (rendimentos baixos do agregado familiar, habitação social, desemprego), o estado civil, a escolaridade, o alcoolismo e a toxicodependência podem ser apontadas como causas de maior risco para uma gravidez na adolescência. Para se estudar este fenómeno na área de influência do Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta efectuou-se um estudo descritivo com aplicação de um questionário (auto-ministrado) anónimo na residência de mães adolescentes. A população alvo foram as mães adolescentes que tiveram os filhos nos anos de 2003 a 1º semestre de 2006 incluído. Estas mães à data do parto residiam nas freguesias de S. Mamede de Infesta e Leça do Balio. A aplicação do questionário decorreu durante o 4º trimestre de 2007. Das 40 mães identificadas foi aplicado o questionário a 23 mães adolescentes, o que corresponde a 57,5% do total. Do total de mães 57,5% (23) deram como morada a freguesia de S. Mamede de Infesta, destas 65% (15) moravam no Bairro do Seixo. 42,5% (17) moravam na freguesia de Leça do Balio. Destas 53% (9) viviam no

Bairro do Manso. A média de idades das mães à data da concepção foi de 16 anos (a mínima de 12 anos e a máxima de 18 anos). 69,5 % dos pais à data da concepção eram jovens, 43,4 % ainda eram adolescentes (OMS). Nenhuma mãe tinha estudos superiores ao 2º ciclo, só 47,8% tinham a escolaridade obrigatória. Das 9 grávidas estudantes (39,1%), desistiram dos estudos 7. Aumentou o número das empregadas (6 para 9) e das desempregadas (8 para 10). Alta prevalência de situações de risco no agregado familiar: alcoolismo (26%), tentativa de suicídio (22%), violência doméstica nos pais (14%). A gravidez foi planeada apenas em 17,4%, não planeada e desejada em 56,5% e não planeada e não desejada em 26,1%. Houve reincidência de outras gravidezes em 34,7% (8). Concluímos a necessidade de intervenção profissional a nível dos bairros sociais, sendo o fenómeno da gravidez na adolescência bem evidente neles, e influenciado por vários factores socioeconómicos.

Palavras-chave: adolescentes, gravidez, factores socioeconómicos

POS22- Perturbação de Somatização - uma patologia prevalente em adolescentes

Hugo Braga Tavares¹, Pedro Dias Ferreira², Helena Fonseca²
1- Departamento Unidade de Medicina do Adolescente, Departamento da Criança e da Família - Instituição Hospital Santa Maria, Lisboa, 2- Hospital Santa Maria, Lisboa

Introdução: A Perturbação de Somatização (PS) é prevalente na adolescência podendo resultar num excessivo consumo de recursos médicos. Apresenta-se uma revisão dos casos acompanhados na Unidade de Medicina do Adolescente do Hospital Santa Maria (UMA-HSM) no ano de 2007. **Métodos:** Consulta dos processos clínicos dos adolescentes com o diagnóstico de PS seguidos na UMA-HSM no ano em estudo sendo recolhidos dados demográficos e relativos à sua patologia. **Resultados:** Foram acompanhados 57 adolescentes (idade média de 14 anos), 68% do género feminino, 34 dos quais observados pela primeira vez no ano de 2007, correspondendo a 15% das primeiras consultas desse ano. As manifestações sintomáticas iniciais foram predominantemente neurológicas (16,5%) e respiratórias (15,5%) no género masculino e feminino, respectivamente. A maioria apresentava sintomatologia abrangendo mais do que um sistema, em ambos os géneros. A avaliação dos factores precipitantes revelou que a disfunção familiar (37%) e em meio escolar (35%) predominaram no género masculino e feminino, respectivamente, sendo a disfunção familiar o principal factor predisponente para ambos (30%). Estes itens não foram objectivados em 30% dos casos. A avaliação de comorbilidades, possíveis factores de limitação de desempenho ou isolamento, não foi conclusiva. 84% não fez qualquer estudo complementar na primeira observação, que foi na sua maioria (53%) em contexto de crise no SU. Quando efectivado, este estudo não evidenciou alterações em nenhum caso. A maioria foi alvo de uma intervenção psicoterapêutica e não foi objecto de intervenção farmacológica durante o processo de acompanhamento. No caso de diagnóstico de comorbilidades os principais fármacos utilizados foram os antidepressivos (inibidores de recaptação de serotonina) e os ansiolíticos. **Comentários:** Um considerável número de consultas da UMA-HSM no período estudado relacionou-se com a PS. Esta perturbação predomina no género feminino, tem expressão sintomatológica variada, sendo o funcionamento familiar um importante determinante da manifestação sintomática. Um correcto acompanhamento psicológico permite na maioria dos casos obviar terapêuticas farmacológicas.

Palavras-chave: Adolescentes; Perturbação de Somatização

Área Científica - Nefrologia

POS23- Infecção a Citomegalovírus na transplantação renal: revisão retrospectiva de uma Unidade de Nefrologia Pediátrica

Isabel Esteves¹, Ana Caldeira², José Esteves da Silva¹, Margarida Almeida¹
1- Hospital de Santa Maria, 2- Hospital São Francisco Xavier

Introdução: A infecção a Citomegalovírus (CMV) após transplantação renal (TR) associa-se a aumento da taxa de morbilidade com disfunção do enxerto e mortalidade, existindo controvérsia quanto ao protocolo ideal de monitorização e profilaxia. **Objectivo e Métodos:** Revisão da abordagem utilizada na monitorização e profilaxia da infecção a CMV. Análise retrospectiva dos processos clínicos das crianças que receberam transplante renal desde o ano 2000 e actualmente em seguimento na Unidade, com colheita de dados demográficos e clínico-laboratoriais (análise estatística com o programa SPSS 13.0 para Windows). **Resultados:** Foram avaliados 30 processos, sendo a mediana do período de seguimento de 16,5 meses (P25-75:10-43 meses). A

monitorização da carga viral com detecção do ADN do CMV por polimerase chain reaction foi variável, com avaliação mínima de 2 vezes/mês nos primeiros 6 meses e 1 vez/mês até ao 1º ano. Em relação à serologia para o CMV (IgG) à data da TR, a amostra distribuiu-se em: 60% dador positivo (D+) e receptor positivo (R+), 30% D+R-, 6,7% D-R+ e 3,3% D-R-. No grupo D+R-fez-se profilaxia com imunoglobulina e um antiviral. Registaram-se infecções a CMV em 40% dos transplantados, com infecção primária num terço dos casos. Ocorreram 2 casos de doença com enterite e hepatite ligeira (D+R-), sendo os restantes infecções assintomáticas. A infecção surgiu apenas em transplantados com dador positivo, pertencendo 66,7% ao grupo D+R+ e 33,3% ao grupo D+R-. A ausência de imunidade no receptor não foi factor de risco significativo nesta amostra. O risco de infecção foi superior nos primeiros 3 meses pós-TR (p=0,05). Verificou-se uma boa evolução com a terapêutica antiviral e registou-se apenas um caso de resistência ao valganciclovir com necessidade de redução da imunossupressão. No grupo com infecção a CMV não ocorreram outras infecções oportunistas, maior número de rejeições ou agravamento da função do enxerto aos 6 meses e aos 2 anos (p superior a 0,05). **Conclusões:** A incidência de infecção a CMV pós-TR foi semelhante à reportada noutros estudos. A forma de monitorização utilizada é determinante na boa evolução clínica, permitindo a detecção da carga viral na fase assintomática e início precoce da terapêutica antiviral. Tendo em conta a baixa morbilidade encontrada na nossa amostra, o uso de medidas profiláticas no grupo D+R- associado a um esquema de monitorização universal parece adequado e deve ser validado através de estudos prospectivos.

Palavras-chave: Citomegalovírus, transplantação renal, profilaxia

POS24- Cicatrizes renais e refluxo vesico-ureteral no follow-up de crianças com antecedentes de pielonefrite aguda

Alberto Berenguer, Cristina Aveiro, Francisco Silva, José Luís Nunes, Amélia Cavaco
Hospital Central do Funchal

Introdução: A infecção do tracto urinário (ITU) constitui um problema frequente em pediatria. O envolvimento renal pode originar o aparecimento de cicatrizes e, conseqüentemente, compromisso funcional. Frequentemente estão associadas anomalias do tracto urinário, em particular o refluxo vesico-ureteral (RVU). Tradicionalmente considerado como um dos principais factores de risco de ITU e motivo de investigações exaustivas, o carácter etiológico do RVU nas cicatrizes renais tem vindo a ser questionado. **Objectivo:** Avaliar a incidência de lesões renais e a sua relação com o refluxo vesico-ureteral em crianças com antecedentes de pielonefrite aguda. **Material e Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo baseado na consulta dos processos clínicos de crianças até aos 13 anos de idade, com antecedentes de pielonefrite aguda (PNA), que realizaram cintigrafia renal e/ou gamacistografia no seu follow-up, entre Janeiro de 2003 a Dezembro de 2007. Admitiu-se como método padrão para a detecção de cicatriz renal a cintigrafia com DMSA e para a detecção de RVU a gamacistografia. Foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, sexo, nº de ITU, antecedentes de patologia nefro-urológica, tipo de exame realizado, presença de alterações ecográficas/ cintigráficas renais e de RVU. **Resultados:** Foram obtidos dados referentes a 173 crianças que realizaram no total 313 exames de medicina nuclear. Verificou-se uma maior prevalência do sexo feminino (57%). 90% dos estudos foram realizados nos primeiros 5 anos e 75% antes dos 2 anos de idade. A idade média à data dos exames foi de 17 meses. 32 crianças (19%) tinham antecedentes de patologia nefro-urológica. A cintigrafia renal revelou alterações em 34% dos casos e a gamacistografia evidenciou RVU em 32% dos casos, sendo a maioria grau I e II (80%). A ecografia renal revelou alterações em 34% dos casos com relação estatisticamente significativa com alterações cintigráficas. Apenas 15% dos doentes com RVU apresentavam alterações cintigráficas renais. **Conclusões:** Os resultados encontrados evidenciam, em geral, a necessidade de revisão do protocolo referente ao follow-up de crianças com PNA. Sugerem, em particular, que a cintigrafia renal deverá ser o exame a realizar após a ecografia renal, considerando que a informação fornecida pela cistografia, numa primeira fase é redundante.

Palavras-chave: Pielonefrite aguda, cicatriz renal, refluxo vesico-ureteral, medicina nuclear

POS25- Urgências no 1º mês de vida- experiência do HIP

Daniela Pio, Raquel Zenha, Clara Diogo, Marisol Pinhal
Hospital Infante D. Pedro-Aveiro

Introdução: O 1º mês de vida de uma criança é para os pais um período de dúvidas e adaptação ao novo filho, surgindo nesta altura inúmeras questões

quer de carácter médico, quer do âmbito da puericultura. Muitas destas incertezas motivam a ida ao serviço de urgência hospitalar, muitas vezes sem justificação clínica. No entanto, a inespecificidade dos sintomas nesta faixa etária em caso de doença potencialmente grave exige um maior nível de alerta no atendimento hospitalar destas crianças. **Objectivos:** Determinar as causas mais comuns de recorrência ao serviço de urgência em crianças com idade inferior a 30 dias num período de 4 meses. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos episódios de urgência das crianças com menos de 30 dias que recorreram ao Serviço de Urgência do HIP entre Fevereiro e Maio de 2007. Analisaram-se as seguintes variáveis: idade, sexo, motivo de vinda à urgência, referência, meios complementares de diagnóstico, diagnóstico, terapêutica e destino. **Resultados:** No período de estudo recorreram ao Serviço de Urgência 13023 crianças sendo que 161 (1.2%) tinham idade igual ou inferior a 30 dias. A grande maioria provinha do domicílio (91%), sendo que apenas 14 eram referenciados. Vinte e quatro destes episódios representavam uma segunda visita ao Serviço de urgência, o que traduz uma taxa de recorrência de 15%. Os motivos de vinda ao Serviço de Urgência foram agrupados em 10 categorias: respiratório, dermatológico, cólicas do lactente, lesões umbilicais, dificuldades alimentares, vômitos, alterações trânsito intestinal, febre, icterícia e outros. As 3 principais causas de vinda ao serviço de urgência foram: icterícia em 20%, problemas respiratórios em 16% e dificuldades alimentares em 14%. Em 23% dos casos recorreu-se a meios complementares de diagnóstico e em apenas 4% foi instituída terapêutica. Das 161 crianças 74% teve como destino o domicílio, 23% foram internadas e 3% referenciadas para a Consulta Externa. Trinta por cento dos casos internados correspondia a quadros de icterícia com necessidade de fototerapia, sendo os restantes casos infecciosos (23%), respiratórios (10%), má progressão ponderal (17%) e episódios de ALTE (13%). **Conclusões:** Na urgência pediátrica hospitalar muitas das consultas das crianças no 1º mês de vida correspondem a patologia menor que deveria ser observada no contexto dos cuidados de saúde primários. Salienta-se a importância do esclarecimento e apoio das mães durante a gravidez e no período neonatal.

Palavras-chave: recém-nascido, urgências

Área Científica - Neonatologia

POS26- Evolução de crianças com menos de 26 semanas idade gestacional

Vanda Bexiga¹, Ana Bettencourt², Odília Nascimento²

1- Hospital São Bernardo, 2- Maternidade Alfredo da Costa

Introdução: A prematuridade e o baixo peso ao nascimento são as variáveis mais importantes na mortalidade e morbidade dos recém-nascidos: responsáveis por 60-80% das admissões nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. Existe uma grande controvérsia sobre o neurodesenvolvimento destas crianças. Certos estudos referem uma diminuição da mortalidade sem agravamento do desenvolvimento psico-motor, outros referem um aumento dos problemas no neurodesenvolvimento. **Objectivos:** Conhecer a sobrevivência, morbidade neonatal e desenvolvimento psico-motor aos 18-24 meses de idade corrigida, dos recém-nascidos com < 26 semanas de idade gestacional. **Métodos:** Estudo retrospectivo de processos clínicos de crianças nascidas com idade gestacional <26 semanas, nos anos 2004 e 2005. Foi avaliado patologias durante gravidez, corticoides pré-natais, tipo parto, duração gravidez, índice Apgar, reanimação do RN, morbidade neonatal (DMH, persistência canal arterial, sépsis, enterocolite necrotizante, hemorragia intraventricular) e desenvolvimento psico-motor aos 18-24m IC. **Resultados:** Foram estudados 66 processo clínicos. Das crianças estudadas, 45% tiveram uma idade gestacional de 26 semanas. 92.4% das gravidezes foram vigiadas, em 67% não apresentaram patologia materna. As patologias neonatais mais frequentes foram: sépsis, hemorragia intraventricular, persistência do canal arterial, hipotensão, retinopatia da prematuridade e displasia broncopulmonar. Na consulta dos 18-24 meses, 84% e 62% das crianças não apresentavam, respectivamente, sequelas auditivas ou visuais. Em 75 % dos casos o desenvolvimento psico-motor foi adequado. **Conclusão:** Ainda existe uma elevada percentagem de mortalidade entre os RN com menos de 26 semanas IG. As patologias neonatais mais frequentes estão de acordo com outros estudos. Na maioria das crianças, na consulta dos 18-24 meses IC, o desenvolvimento psico-motor foi adequado à idade e sem grandes sequelas áudio-visuais. Este estudo, apesar de representar uma pequena amostra populacional e num curto período de tempo, parece encorajador para as crianças nascidas com < 26 semanas idade gestacional. A prevenção das desvantagens cognitivas, associadas aos recém-nascidos com menos de 26 semanas IG, continua a ser um dos principais objectivos dos cuidados perinatais modernos.

Palavras-chave: pre-termo, desenvolvimento

Área Científica - Neurologia

POS27- Crises psicogénicas não epilépticas: proposta de avaliação e seguimento

Sandra Jacinto, Rita Silva, Adília Seabra, Alberto Leal, Ana Isabel Dias Hospital Dona Estefânia

As crises psicogénicas não epilépticas (pseudocrises) são um motivo frequente de referência à consulta de Neuropediatria e devem ser consideradas no diagnóstico diferencial da epilepsia. A distinção entre estas duas entidades é de extrema importância, no sentido de evitar a realização de exames complementares de diagnóstico desnecessários, terapêuticas eventualmente nocivas e permitir uma atempada intervenção. Neste trabalho são apresentados os casos de seis crianças e adolescentes com o diagnóstico de pseudocrises, salientando-se as dificuldades no seu diagnóstico. Destacamos os casos com história prévia de epilepsia nos quais surgem também pseudocrises e aqueles que eram considerados como tendo crises psicogénicas mas em que se provou tratar-se de crises epilépticas. Em todos foi feito um vídeo-EEG com prova de sugestão (dos quais se apresentam os vídeos mais ilustrativos), salientando-se a sua importância como exame fundamental para documentar a existência ou ausência de actividade epiléptica simultânea ao evento registado. Apesar de ser uma entidade conhecida, não existem guidelines consensuais para o diagnóstico ou abordagem das crises psicogénicas não epilépticas. Como tal, além de uma história clínica detalhada, os autores propõem associar à realização do vídeo-EEG com eventual prova de sugestão (que permite caracterizar o evento), um registo prolongado de EEG em ambulatório incluindo sono nocturno, para documentar inequivocamente a existência concomitante do diagnóstico de epilepsia. Perante a confirmação do diagnóstico de crises psicogénicas não-epilépticas, reforçamos a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, com destaque para a intervenção pedopsiquiátrica.

Palavras-chave: crises psicogénicas não epilépticas, epilepsia, vídeo-EEG

POS28- Acidente vascular cerebral em idade pediátrica

Bárbara Pereira¹, Carla Sá², Albina Silva³, Eduarda Abreu³, Ricardo Maré², Henedina Antunes²

1- Hospital São Marcos, 2- Grupo de acidente vascular cerebral prospectivo, Unidade de Neonatologia do Hospital São Marcos, 3- Unidade de Neonatologia do Hospital São Marcos

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como um síndrome neurológica aguda resultante de lesão cerebral, de origem vascular. O AVC pediátrico tem elevada morbidade/mortalidade, é tão frequente como os tumores cerebrais na criança e ainda mais frequente no período neonatal. A prevalência de AVC pediátrico estima-se de 2-5/100000 crianças/ano e neonatal 4-5/100000 RN/ano. **Objectivo:** caracterizar o AVC pediátrico e neonatal. **Métodos:** estudo prospectivo dos AVC diagnosticados no HSM em doentes até aos 18 anos. O estudo iniciou-se a 1 de Janeiro de 2008. Prevalência estimada: 2,3 casos/ano de AVC pediátrico e 4 vezes mais de AVC neonatal. **Resultados:** nos primeiros seis meses, de 1 de Janeiro a 30 de Junho, diagnosticaram-se 4 casos de AVC neonatal e 1 pediátrico. Dos 4 casos neonatais, 1 é do sexo feminino. Dois são prematuros com 32 e 35 semanas e 2 de termo (1 com restrição de crescimento intrauterino). O RN prematuro de 32 semanas permaneceu assintomático. No RN com 35 semanas a apresentação clínica foi apneias ao 4º dia de vida e nos RN de termo convulsões tónicas ao 1º e 7º dias, respectivamente. A ecografia transfontanelar foi normal num RN e nos restantes com alterações sugestivas. O diagnóstico foi confirmado por RMN cerebral em todos. Verificou-se trombose do seio venoso em 3 casos e lesão de enfarte não recente em território periférico da artéria cerebral média no prematuro de 32 semanas. Nos 3 casos sintomáticos, todos com EEG normal, houve boa resposta à terapêutica anti-epiléptica instituída (fenobarbital). O estudo protrombótico efectuado, no período neonatal, aos RN e aos pais foi normal. Todos sem défices neurológicos evidentes até à data. O AVC pediátrico é relativo a uma rapariga de 7 anos que iniciou cefaleias súbitas intensas, alterações da marcha com perda de consciência. À admissão apresentava escala de Glasgow de 8 e pupilas mióticas. TAC cerebral revelou lesão hemorrágica da fossa posterior profunda e disseminada. Realizou-se drenagem ventricular externa. A angiografia mostrou malformação arteriovenosa cerebelosa esquerda. Actualmente com disartria e ataxia. AVC hemorrágico por MAV do território da artéria cerebelar. **Comentários:** não há actualmente consensos relativamente à investigação diagnóstica, terapêutica e orientação do AVC na idade pediátrica, e desconhece-se a

sua prevalência em Portugal, daí a importância do seu estudo prospectivo, na tentativa de protocolar essas atitudes.

Palavras-chave: AVC pediátrico, neonatal

Área Científica - Oncologia

POS29- Tumores Sólidos Malignos no Primeiro Ano de Vida

Ricardo Fernandes¹, Marta Ferreira², Ana Teixeira³, Ana Lacerda³, Mário Chagas³

1- Hospital de Santa Maria, 2- Serviço de Pediatria, Hospital Fernando Fonseca, Amadora, 3- Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOL-FG)

Introdução: As neoplasias malignas são relativamente raras no primeiro ano de vida, representando 10% dos tumores abaixo dos 15 anos. Destaca-se uma maior incidência de alguns tumores sólidos, que possuem nesta faixa etária particularidades biológicas, epidemiológicas e clínicas. **Objetivos:** Identificar e caracterizar os tumores sólidos malignos pediátricos durante o primeiro ano de vida, em crianças seguidas no IPOL-FG. **Métodos:** Coorte retrospectiva de crianças seguidas entre 1998 e 2007, por patologia tumoral sólida maligna, com menos de um ano de vida aquando da primeira observação. Analisaram-se os processos clínicos acessíveis, colhendo-se de forma padronizada informação demográfica e dados sobre o diagnóstico, a forma de apresentação clínica, e o estadiamento. Avaliou-se igualmente de forma sumária a abordagem terapêutica e a evolução clínica. **Resultados:** Identificaram-se 72 casos de tumores sólidos malignos durante este período, dos quais 41 em lactentes do sexo feminino, com uma mediana de idade no diagnóstico de 6 meses (P25-P75, 3-9). Os principais diagnósticos incluíram Neuroblastoma (32%, 23/72), tumores do Sistema Nervoso Central (SNC) (17%, 12/72), Retinoblastoma (13%, 9/72), Nefroblastoma e Sarcomas dos tecidos moles (ambos 11%, 8/72). Descrevem-se os quadros clínicos mais frequentes na apresentação de cada patologia. Na maioria das crianças a abordagem terapêutica inicial incluiu quimioterapia (n=54), com ou sem cirurgia (n=35 e n=19, respectivamente), e nas restantes efectuou-se terapêutica local (cirurgia e/ou radioterapia) ou observação. A sobrevivência global foi de 88% (63/72) para um seguimento mediano de 35 meses (P25-P75, 16-63), registando-se quatro dos nove óbitos em tumores do SNC. A sobrevivência a 3 anos (80%, 36/45) foi equivalente a outras faixas etárias. A sobrevivência sem doença foi de 65% (47/72), com uma duração mediana de 43 meses (P25-P75, 27-63). **Conclusão:** Existem particularidades clínicas na apresentação e evolução dos tumores sólidos neste grupo etário, a que se juntam os riscos acrescidos de efeitos tardios da terapêutica, e que implicam uma abordagem diagnóstica e terapêutica individualizada e um seguimento adequado.

Palavras-chave: neoplasia; lactente; prognóstico

Área Científica - Outros

POS30- Lesões desportivas em indivíduos do sexo feminino em idades pediátricas

Maria Raquel Gonçalves e Silva¹, Hugo Silva², Ângela Parente¹

1- Universidade Fernando Pessoa, 2- Faculdade de Desporto - Universidade do Porto

As atletas de Ginástica Rítmica, tal como outras ginastas, estão sujeitas a um treino muito intenso e, na maioria, este começa em idades muito jovens. Por outro lado, é-lhes exigido um peso corporal reduzido e, por vezes, inatingível, o que pode favorecer a ocorrência de lesões. O principal objectivo deste trabalho foi avaliar a ocorrência de lesões desportivas em atletas nacionais e internacionais, praticantes de Ginástica Rítmica e que participaram no VI Torneio Internacional de Ginástica Rítmica – Cidade de Espinho. Foram recolhidas informações relativas ao treino desportivo e à ocorrência e tratamento das lesões desportivas, através de um questionário de administração directa específico para o efeito. O tratamento estatístico será realizado com recurso ao programa informático SPSS, versão 15,0, sendo que os resultados foram analisados sob a forma de média e desvio-padrão com um nível de significância <0,05. As 47 ginastas avaliadas [12,0 (1,6) anos, 34,3 (7,4) Kg e 147,9 (10,1) cm] treinavam em média 18,5 (7,5) horas semanais. Das 47 atletas que constituíram a amostra, 48,9% já sofreram algum tipo de lesão e 24 ginastas não sofreram qualquer lesão. Os membros inferiores foram os que

sofreram um maior número de lesões (n= 20), seguidos da coluna vertebral (n= 8) e dos membros superiores (n= 4). O lado mais afectado por lesão foi o lado direito (21,3%), sendo que 6,4% das lesões foi bilateral. As lesões que as ginastas sofreram ocorreram em maior número em situação de treino (42,6%) e apenas 8,5% em competição. Seis atletas já sofreram repetidamente (2,3 e 4 vezes) lesões durante a sessão de treino Das 23 ginastas que já se lesionaram, 70,0% sofreram uma lesão nova, 21,7% sofreram uma lesão recidiva e 8,3% sofreu algum tipo de lesão que não estava relacionado com a prática de GR Verificou-se a ocorrência de um número de lesões desportivas relativamente elevado, provavelmente pelo facto de se tratar de ginastas muito jovens, sujeitas a elevadas cargas de treino.

Palavras-chave: Lesões; Atletas nacionais e internacionais.

POS31- Actividade física e BMI em crianças pré-escolares

Susana Vale, Rute Santos, Pedro Silva, Luísa Miranda, Jorge Mota Faculdade de Desporto, Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer - Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Objectivo: O objectivo do nosso estudo foi (1) verificar a prevalência de excesso de Peso/Obesidade, (2) descrever níveis objectivos de Actividade Física (AF), tais como, nível de actividade física total (AFT), tempo em comportamento sedentário (CS) e tempo em actividades físicas moderado-vigorosas (AFMV) e (3) averiguar a associação entre o índice de massa corporal (IMC) e os níveis de AF em crianças pré – escolares. **Métodos:** A amostra é constituída por 59 crianças pré-escolares (31 raparigas) com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos. O peso e a altura foram medidos de acordo com protocolos standard. Pontos de corte de Cole foram usados para definir o estatuto de obesidade. A avaliação dos padrões de AF foi feita por acelerometria. **Resultados:** Identificamos uma prevalência de Excesso de Peso/Obesidade de 30%. Apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas entre sexos na classe dos 5 anos (anexo). Não identificamos relações estatisticamente significativas entre o IMC e os padrões de AF. **Conclusões:** Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas do IMC entre sexos nestes grupos de idades. Relativamente à AFMV foram averiguadas diferenças entre sexos no tempo de escola.

Palavras-chave: Actividade Física; BMI; Acelerometria; Pre-escolares

Grupo (n=59)	Prevalência IMC (%)		AFMV	
	Normal	Excesso Peso/Obesidade	%	Minutos
Grupo (n=59)	69,5	30,5	7,53	26,46±9,64
Sexo				
Feminino (n=31)	71,0	29,0	6,97	25,41±9,08
Masculino (n=28)	67,9	32,1	8,16	27,63±10,26
2 anos (n=13)	69,2	30,8	6,00	19,06±7,86
Feminino (n=6)			5,57	19,0903
Masculino (n=7)			6,37	19,0417
3 anos (n=13)	76,9	23,1	14,65	35,36±8,58
Feminino (n=6)			14,00	33,0139
Masculino (n=7)			15,20	37,3854
4 anos (n=16)	56,3	43,8	5,99	27,87±7,58
Feminino (n=10)			6,40	29,2095
Masculino (n=6)			5,31	25,6530
5 anos (n=17)	76,5	23,5	4,72	23,99±7,99
Feminino (n=9)			3,84 (*)	20,3230
Masculino (n=8)			5,71 (*)	28,1041

Tabela 1 – Prevalência de Excesso de Peso/Obesidade por sexo e grupo de idade e Padrões de Actividade Física por grupo de idade e sexo.

* nível de significância de 0.01

Área Científica - Pediatria Ambulatória

POS32- Acidentes: minutos que deixam marcas...

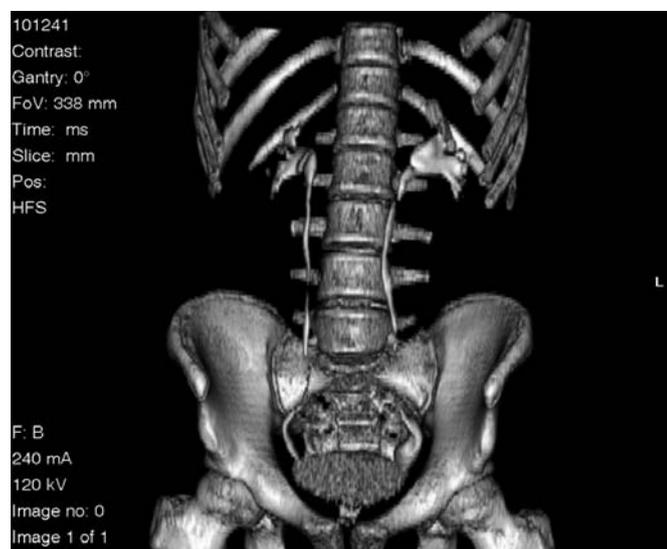
Galhardo J., Cavaco H., Costa M., Maia I.

Serviço de Pediatria - Hospital de São Marcos - Braga

Introdução: Os acidentes ocupam o primeiro lugar nas causas de morte e incapacidade física em crianças e jovens. Estas, associadas aos elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituem um grave problema de saúde pública. **Material e Métodos:** Série de casos retrospectiva, de menores de 18 anos internados no H.S. Marcos de 2000 a 2007, com os diagnósticos de traumatismo craniano (TC), intoxicação, queimadura e/ou submersão. Variáveis analisadas: demográficas, sócio-económicas, circunstâncias do acidente e meio envolvente, terapêutica, tempo de internamento, complicações. Na análise estatística foram utilizados os testes Qui-Quadrado e T-Student. **Resultados:** Nos 8 anos estudados foram internados 829 doentes: 60% TC, 25% intoxicações, 11% queimaduras. Características associadas (p<.05): idade pré-escolar e adolescência, sexo masculino, fratria>2, meio

rural, classe sócio-económica desfavorecida, férias escolares, presença na cozinha ou casa de banho, existência de escadas. Verificou-se um decréscimo no número de casos ao longo dos anos. Os TC resultaram preferencialmente de quedas no domicílio (243) ou na via pública (81); 28% tiveram fractura da abóbada craniana, 11% apresentaram contusão cerebral e 6% hemorragia intracraniana; a idade mediana foi 14 meses. Dos indivíduos intoxicados, 116 eram do sexo feminino, 78 dos quais adolescentes. As substâncias ingeridas mais frequentemente foram: tranquilizantes (57), anti-convulsivantes (11), cáusticos (11) e anti-depressivos (10). Os 3 óbitos ocorridos foram secundários a organofosforados. Não houve registo de falência hepática ou renal. Relativamente às queimaduras, 97% decorreram de líquidos ferventes, 42% abrangeram a cabeça e face e 27% foram de 3º grau; 2 crianças morreram; a idade mediana foi 4 anos. As submersões ocorreram sobretudo em piscinas ou tanques desprotegidos (71%), sem utilização de flutuadores (100%); a idade mediana foi 5 anos. **Discussão:** Os acidentes ocorrem preferencialmente no domicílio, de forma rápida e num momento de distração dos adultos. O conhecimento das circunstâncias em que têm lugar e a identificação antecipada de riscos potenciais são a pedra angular para uma prevenção eficaz. Os Pediatras têm uma responsabilidade ímpar no alerta dos pais, com vista a mudança de atitudes e comportamentos.

Palavras-chave: traumatismo craniano, intoxicação, queimadura, submersão



Área Científica - Pediatria Social

POS33- Bullying na escola, o que dizem os alunos, pais e professores

Filipa Neiva¹, Henedina Antunes²

1- Hospital de S. Marcos, Serviço de Pediatria, 2- Hospital de S. Marcos, Serviço de Pediatria/Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Conhecer a dimensão da prática de agressões físicas, verbais e psicológicas entre alunos da escola. Determinar o ratio entre percepção que os pais e educadores têm deste fenómeno e a realidade entre os alunos. Inquirido aos alunos que frequentavam o 8º ano no ano lectivo 2007/2008 da escola EB2.3 Dr. Francisco Sanches em Braga, aos seus pais e professores. Dos 333 alunos, 170 responderam ao questionário (perda da amostra-pa49%). Raparigas 55%, média de idade de 13,9 anos (mín.12, máx.18). Quarenta(24%), 25 dos quais rapazes, admitiram terem sido vítimas de bullying na escola. A forma mais frequente de violência foi a verbal(18/40) seguido pela física (9/40), 1 admitiu ser vítima dos 3 tipos de violência. A violência física predominou entre os rapazes(8/25) e a verbal entre as raparigas(12/15). Vinte e duas(13%) referem que foram vítimas de violência uma vez, enquanto que 8(4,7%) referem ser vítimas diárias. Contaram a alguém30, 14 dos quais a colegas e 3 aos pais e aos professores. Admitiram ter mudado a sua vida18, 12 referem evitar frequentar certas zonas da escola. Admitiram praticar algum tipo de violência sobre os seus colegas 34, 19 dos quais eram ao mesmo tempo vítimas e agentes de violência sobre os colegas. Dos 333 pais inquiridos, 45 responderam (pa87%), 7 referindo que o seu filho tinha sido vítima de violência, 2 física, 1 verbal, 1 psicológica e 3 física e verbal. Três descrevem alteração do comportamento após terem sido vítimas de bullying.

Dois tomaram alguma atitude em relação ao bullying, 1 melhorando o acompanhamento ao filho e 1 conversando com ele. Dos 49 professores do 8º ano, todos os 30 que estiveram na reunião responderam. Todos referiram haver bullying entre os seus alunos, 22(73%) reportavam violência física, verbal e psicológica, 5 física e verbal e 3 verbal e psicológica. Admitiram já terem sido vítimas de violência 18(60%): 9 verbal, 7 verbal e psicológica e 2 psicológica. Vítimas durante o corrente ano lectivo5, 3 em anos anteriores e 10 em ambos; 16 apresentaram queixa, 7 ao director de turma, 6 ao conselho executivo(CE), 1 aos pais do aluno e 2 aos pais e CE; 1 admitiu, sem especificar, que alterou a sua vida após o episódio. O bullying constitui um problema grave na escola. É notória a diferença entre a percepção que têm pais, professores e alunos. Os professores foram em % os que mais reportaram bullying. É importante reconhecer as vítimas e os agentes de bullying para que sejam alvo de intervenção precoce.

Palavras-chave: Bullying, Escola

Área Científica - Pneumologia

POS34- Derrames pleurais parapneumónicos num Hospital Pediátrico Central – casuística de 10 anos

Sónia Silva, Patrícia Vaz Silva, Maristela Margatho, Miguel Félix, Maria Helena Estêvão

Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A orientação terapêutica do derrame pleural parapneumónico (DPP) permanece controversa. As estratégias podem ir da simples antibioterapia à toracotomia com descorticação, passando por toracocentese (com ou sem colocação de dreno pleural), a instilação intrapleural de fibrinolíticos e toracoscopia videoassistida. **Objectivo:** Caracterizar os doentes internados no Serviço de Medicina do Hospital Pediátrico de Coimbra por DPP entre Maio de 1998 e Abril de 2008. **Métodos:** Efectuou-se um estudo descritivo com base na análise retrospectiva dos processos clínicos de crianças previamente saudáveis, internadas com o diagnóstico de DPP. Excluíram-se os recém-nascidos e crianças em quem a pneumonia e derrame surgiram em contexto de doença sistémica, como imunodeficiência primária. Foram estudadas as seguintes variáveis: sexo, idade, apresentação clínica, exames complementares, terapêutica e duração do internamento. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 93 crianças, sendo 53% do sexo feminino e com mediana de idades de 3,0 anos (média 3,7 anos). Os sintomas mais frequentes foram febre (100%), tosse (68,8%), dificuldade respiratória (65,6%), toracalgia (36,5%) e dor abdominal (24,7%). A mediana dos dias de febre até ao diagnóstico de pneumonia e de derrame pleural foi de 4,0 e 7,6 dias, respectivamente. A radiografia do tórax fez o diagnóstico de DPP em 79 casos (85%) e a ecografia torácica, realizada em 78 crianças (83,8%), foi decisiva para o diagnóstico de DPP em 14 casos (15%). Estavam sob antibioterapia prévia 62 doentes (66,6%), cuja média de duração foi de 5 dias. Nestes doentes, a antibioterapia mais frequente incluiu a amoxicilina/ampicilina em 29 (46,7%) e a associação da amoxicilina e ácido clavulânico em 10 (16%). O DPP localizava-se à direita em 50,5% e o germen responsável foi identificado em 14 casos. Após o diagnóstico de DPP, foram utilizados um ou dois antibióticos em 61 casos (65,6%), sendo o ceftriaxone o mais utilizado (75,2%). Foi efectuada toracocentese simples em 5 crianças (5,3%), tendo sido colocado dreno torácico em 55 (59%) e realizada toracoscopia em 13 doentes (13,9%). A duração média do internamento e da drenagem foi de 10,3 e 5,4 dias, respectivamente. **Comentários:** No período em estudo verificou-se heterogeneidade na abordagem terapêutica, quer na antibioterapia quer em termos de drenagem torácica. Não se observou uma tendência para a modificação do tempo de internamento e/ou duração de drenagem durante o período estudado.

Palavras-chave: derrame pleural, pneumonia

POS35- Quilotórax - Experiência da última década

Helena Rios, Teresa Silva, Miguel Félix, M^a Helena Estêvão
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O quilotórax é uma patologia rara, sendo a etiologia variada. No período neonatal predomina o quilotórax congénito, sendo depois a forma mais comum o quilotórax traumático, geralmente iatrogénico. O tratamento habitual consiste numa abordagem conservadora através da redução de lípidos na dieta ou mais recentemente pela administração de octreótido. **Objectivos:** Análise dos casos de quilotórax diagnosticados no Hos-

pital Pediátrico de Coimbra na última década. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos casos de quilotórax diagnosticados entre 1998 e 2007, com análise das seguintes variáveis: sexo, idade, patologia de base, etiologia e características do quilotórax, tratamento e evolução. Definiu-se quilotórax pela presença de, pelo menos, 1 dos seguintes critérios: células >1000/ μ L com >70% mononucleares; triglicédeos >1,1mmol/L ou relação colesterol/triglicédeos no líquido pleural <1. **Resultados:** Nos últimos 10 anos foram diagnosticados 8 casos de quilotórax. A mediana de idades foi de 3M (meses)(período pré-natal – 13A (anos)). Quatro crianças tinham cardiopatia congénita (3 já submetidas a cirurgia); 2, neoplasia; 1, Sínd. Noonan e 1, linfangiectasia pulmonar congénita. As formas congénita e traumática/iatrogénica foram as mais comuns (3 casos cada) e em 50%, localizava-se à direita. Seis das 8 crianças mantiveram drenagem após a toracentese por um período que variou entre 9D (dias) e 4M. Em todas as crianças o tratamento inicial foi conservador, baseado em dieta com triglicédeos de cadeia média e/ou nutrição parentérica total (taxa de sucesso 78%). A alimentação sem restrições foi retomada após uma mediana de 1M (16D - 8M). Em 2 casos (ano 2007) por persistência do derrame, foi administrado octreótido. Numa dessas crianças (linfangiectasia pulmonar) o octreótido não foi eficaz; na outra permitiu a estabilização do derrame (sem necessidade de drenagem), que resolveu completamente após correcção cirúrgica da cardiopatia. Duas crianças faleceram, 1 manteve o derrame, assintomático, e em 5 verificou-se resolução total do derrame. **Conclusões:** Na série estudada, a idade e patologia de base da criança influenciaram o modo de apresentação e a evolução do quilotórax. A abordagem terapêutica inicial consistiu sempre numa modificação da alimentação. No último ano do estudo, em casos refractários, procedeu-se à administração do octreótido. O sucesso das medidas terapêuticas foi complementado pela correcção da patologia de base, quando possível.

Palavras-chave: Criança, quilotórax, alimentação, octreótido

Área Científica - Reumatologia

POS36- Doença Óssea: Uma Nova Complicação da Fibrose Quística. Prevalência e Factores de Risco.

Kátia Cardoso¹, Luísa Pereira², Helena Canhão³, João Eurico Fonseca³, Celeste Barreto²

1- Hospital Santa Maria, 2- Centro Especializado de Fibrose Quística/Departamento da Criança e da Família - HSM, 3- Serviço de Reumatologia - HSM

O aumento da esperança média de vida dos doentes com Fibrose Quística (FQ) permitiu o aparecimento da Doença Óssea. A etiopatogenese não está totalmente esclarecida mas múltiplos factores de risco específicos da FQ parecem condicionar uma aquisição óssea inadequada particularmente durante a puberdade e subsequente perda óssea acelerada, que se traduzem em baixa Densidade Mineral Óssea (z-score <-1) na densitometria radiológica de dupla energia (DEXA), o gold standard do diagnóstico. Clinicamente manifesta-se por fracturas patológicas e cifose. **Objectivos:** 1-Determinar a densidade mineral óssea (DMO) no nosso grupo de doentes; 2-Estudar factores de risco específicos da FQ associados à Doença Óssea; 3-Characterizar as manifestações clínicas da Doença Óssea. Estudo transversal. Dados dos processos de consulta: dados demográficos, peso, VEMS, função pancreática, Diabetes Mellitus (DM), atraso pubertário, uso de corticóides, genótipo, fracturas e cifose. Dos 62 doentes seguidos no grupo pediátrico do Centro de Fibrose Quística do HSM, 22 tinham critérios para efectuar DEXA de acordo com o protocolo de prevenção rastreio e tratamento efectuado pelos autores. Avaliada a DMO ajustada à idade e ao sexo (z-score). Estatística descritiva. À data, 11 (50%) doentes já realizaram DEXA, 6 do sexo masculino; idades entre 8 e 21 anos, média 15,5 anos. Resultados da DEXA: z-score médio -2,2 (min:-5,9/máx:-0,2); 2 doentes tinham DMO no limite inferior da normalidade, 3 osteopénia (z-score <-1 e >-2 SD) e 5 osteoporose (z-score \leq -2 SD). Análise dos factores de risco específicos da FQ: 10 doentes têm peso <90% do peso ideal; 5 têm VEMS <50% do valor preditivo para a idade (4 com osteoporose e 1 com osteopénia); todos têm insuficiência pancreática exócrina; 3 têm DM e fazem terapêutica prolongada com corticóides (os 3 com osteoporose); 4 em 7 têm atraso pubertário; 5 são homocigóticos e 4 são heterocigóticos para a mutação DF508. Nenhum doente tem história documentada de fracturas; 6 têm cifose (4 com osteoporose e 2 com osteopénia). No grupo de doentes com FQ estudado, observou-se uma baixa DMO inclusivamente em doentes pré-púberes. Alguns factores específicos da FQ, nomeadamente os associados a maior gravidade clínica, como Diabetes Mellitus e terapêutica com corticóides, parecem contribuir para o desenvolvimento de Doença Óssea. Os dados preliminares alertam para a importância do controlo precoce dos factores de risco na prevenção da Doença Óssea e das suas complicações.

Palavras-chave: Fibrose Quística, Osteoporose, prevalência, factores de risco

Posters com Discussão

Área Científica - Cardiologia

PD37- Insuficiência cardíaca como forma de apresentação de Coarctação da Aorta aos 2 meses de vida

Daniela Pio, Ana Margarida Costa, Marta António, António Pires, Eduardo Castela

Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A coarctação da aorta (CoA) é um defeito relativamente comum responsável por 5 a 8% de todas as cardiopatias congénitas. Pode surgir isoladamente ou em associação com outros defeitos anatómicos, nomeadamente válvula aórtica bicúspida e defeitos do septo ventricular. O diagnóstico de CoA pode passar despercebido se não houver alto índice de suspeição e muitas vezes o diagnóstico é feito apenas quando a criança entra em insuficiência cardíaca congestiva. **Descrição do Caso:** Os autores apresentam o caso de um lactente de 2 meses, sem antecedentes relevantes, com quadro de dificuldade respiratória e noção de cansaço durante a amamentação com evolução de uma semana. Sem febre ou outra sintomatologia. Recorreu ao Serviço de urgência do hospital da área de residência onde foi constatada má perfusão periférica, polípnea e tiragem global, galope na auscultação cardíaca e pulsos femorais débeis. A radiografia do tórax não mostrava condensações pulmonares e não existiam critérios laboratoriais de infeção. Foi transferido para a Consulta de Cardiologia do Hospital Pediátrico de Coimbra para esclarecimento diagnóstico. Dos exames complementares realizados destacava-se radiografia do tórax com cardiomegalia e sinais de estase pulmonar. O ecocardiograma revelou coarctação da aorta grave e má função do ventrículo esquerdo com dilatação das cavidades esquerdas. Por agravamento do quadro de insuficiência cardíaca foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos, com necessidade de apoio inotrópico e diuréticos, com boa evolução. Foi submetido a cirurgia cardíaca com sucesso. **Discussão:** A maior parte dos casos de CoA é diagnosticada nas primeiras semanas de vida, após encerramento do canal arterial. No caso descrito a apresentação clínica foi típica, mas manifestou-se tardiamente aos 2 meses de vida. É importante o diagnóstico diferencial de patologia respiratória comum nesta faixa etária com cardiopatia.

Palavras-chave: coarctação; aorta; insuficiência cardíaca

PD38- Tumor cardíaco de causa hereditária – causa de morte súbita

Paula Martins, Marta António, Teresa Dionísio, Helder Costa, Ana Mota, Ricardo Duarte, Isabel Cristina Santos, António Pires, Graça Sousa, Lúcia Ribeiro, Eduardo Castela

Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O Síndrome de Carney é uma doença multissistémica, de transmissão autossómica dominante. Caracteriza-se sobretudo pela associação de manchas pigmentadas cutâneas, mixomas (cutâneos, cardíacos, mamário), hiperactividade endócrina (Síndrome de Cushing, acromegalia), tumores testiculares e schwannomas. **Descrição do caso clínico:** Criança de 2 anos, que durante um processo infeccioso com febre, desencadeia um quadro de insuficiência cardíaca, com polípnea, gemido, engurgitamento jugular e hepatomegalia 2 cm abaixo do rebordo costal. À auscultação cardíaca, destaca-se um sopro sistólico IV/VI, mais audível na área mitral e com irradiação axilar. O sinal de Hazer é positivo. Na avaliação dos antecedentes pessoais e familiares, destaca-se o facto de a mãe ter história de múltiplos tumores: adrenalectomia para tratamento de S. de Cushing aos 10 anos, ressecção de mixoma auricular cutâneo aos 31 anos, mixomas cutâneos periumbilicais, retroauriculares e vulvares, lentiginose cutânea. A telerradiografia do tórax mostra aumento da aurícula esquerda, rectificação do arco médio da silhueta cardíaca e tronco da artéria pulmonar alargado. O ECG não tem alterações significativas, mas na ecocardiografia é visível um tumor pediculado de grandes dimensões na aurícula esquerda que condiciona insuficiência mitral II/IV. A PSAP está aumentada (120 mmHg) com regurgitação tricúspide moderada. Foi submetido a cirurgia cardiotorácica para remoção do mixoma. A criança tem actualmente 12 anos e não teve recidiva do tumor cardíaco. É seguido em

consulta de Endocrinologia por S. de Cushing. O seu avô materno foi operado há um ano por mixoma auricular. A mãe teve que ser submetida a nova cirurgia por adenomas hipofisários. O estudo molecular da família está em curso. **Conclusão:** O diagnóstico precoce do síndrome de Carney é importante, pois permite uma vigilância e acompanhamento multidisciplinar da criança, tratando precocemente as complicações desta doença. É assim possível reduzir o risco de mortalidade que se associa sobretudo ao potencial embólico dos mixomas cardíacos e ao risco de morte súbita por arritmias.

Palavras-chave: Tumor ; Síndrome de Carney; Síndrome de Cushing; cirurgia cardiotorácica

PD39- A propósito de 3 casos clínicos: a nova abordagem do recém-nascido crítico num hospital sem cardiologia pediátrica – A importância da Telemedicina.

Ana Margarida Costa¹, Cristina Pereira¹, Marta António¹, Graça Sousa¹, Marisa Sousa², Eurico Gaspar², Eduardo Castela¹

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Serviço Pediatria, Hospital Vila Real

Introdução: A telemedicina tem-se tornado fundamental na prática médica e melhoria dos serviços prestados, ultrapassando os limites geográficos. Esta realiza-se desde Outubro de 2005 entre o Serviço de Pediatria do Hospital de Vila Real e o Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra. Apesar de o diagnóstico pré-natal (DPN) permitir o transporte in-utero e parto programado em centro terciário, continuam a nascer recém-nascidos (RN) com cardiopatias congénitas sem DPN. A estabilização e transporte do RN são determinantes no prognóstico destes RN. A telemedicina de urgência com Ecografia Cardíaca permite um diagnóstico rápido e preciso, identificando RN críticos com cardiopatia sem DPN que necessitam de transferência imediata para um centro terciário. **Descrição dos Casos:** Os autores apresentam 3 casos em que o diagnóstico foi feito através de teleconsulta. Caso 1: RN de termo, fruto de uma gravidez vigiada, sem intercorrências, com cianose precoce no primeiro dia de vida (SpO₂ de 85% em ar ambiente), associado a sopro sistólico II/VI com segundo som cardíaco alto e pulsos femorais débeis. Realizou ecocardiograma por telemedicina que diagnosticou ventrículo único com coarctação da aorta. Caso 2: RN de termo, sem antecedentes pré-natais relevantes, que nas primeiras horas após o nascimento inicia quadro de cianose (SpO₂ de 70% em ar ambiente) sem melhoria com oferta de oxigénio suplementar. A ecografia cardíaca mostrou tratar-se de uma transposição de grandes vasos. Caso 3: RN de termo, sem antecedentes pré-natais relevantes, com quadro clínico sobreponível ao anterior e também com diagnóstico de transposição de grandes vasos. Os três RN iniciaram prostaglandina E, sendo transferidos para o Hospital Central de referência para futura intervenção cirúrgica, em condições de estabilidade. **Conclusão:** A introdução dos novos meios de comunicação na área da medicina tem contribuído para a melhoria dos cuidados de saúde, tornando acessível a maior número de pessoas assistência mais diferenciada. Estes três casos são exemplo da importância da telemedicina no diagnóstico precoce de cardiopatias sem DPN, contribuindo para atingir condições de estabilidade mais precocemente e com mais segurança. Possibilita também definir um plano de transferência de forma mais objectiva e com diálogo mais fácil entre todos os intervenientes, permitindo uma melhor conduta em cada caso.

Palavras-chave: Telemedicina, recém-nascido crítico, Ecocardiografia

PD40- Doença de Kawasaki: um caso clínico com iatrogenia a AAS (ácido acetilsalicílico)

Rita Mateus, Pedro Mendes, Manuela Gaspar, Isabel Raminhos, José Freixo
Serviço de Pediatria Médica do Centro Hospitalar de Setúbal - H. S. Bernardo

Introdução: A doença de Kawasaki é uma vasculite sistémica de etiologia desconhecida, estando descrita em vários estudos eventual relação causal com infecções virais não especificadas. **Caso clínico:** Sexo feminino, 6 meses, aparentemente bem até 2 semanas antes do internamento, quando inicia febre (39°C), exantema maculo-papular e lesões descamativas labiais.

Posteriormente surgiu hiperémia conjuntival e descamação dos dedos das mãos e pés associada a extensão do exantema para a região cervical, peribuca e malar. À observação tinha exantema maculo-papular nos membros e face associado a descamação periungueal dos dedos das mãos e pés. Na palpação abdominal salienta-se ponta de baço e fígado palpáveis, adenomegalias retroauriculares e occipitais. Analiticamente: Leucócitos $21.900 \times 10^3/\mu\text{L}$; neutrófilos 52,8%; linfócitos 34,2%; plaquetas 610.000; VS 60 mm/1h; ALT 306 U/L; AST 309 U/L; \square GT 112 U/L; PCR 6,11 mg/dL. Foram pedidas serologias que foram positivas para Coxsackie B2 e Influenza A. Por suspeita de doença de Kawasaki, administrou-se \square globulina humana, EV e foi observada por cardiologia pediátrica que considerou não haver atingimento coronário. Iniciou AAS (80 mg/Kg/dia), tendo surgido no dia seguinte vômitos alimentares associados a subida progressiva das transaminases (máximo: ALT 963 U/L; AST 1190 U/L) e alterações da coagulação (TP 18,7 seg.; INR 1,7). Administrou-se vitamina K e suspendeu-se o AAS, verificando-se cessação dos vômitos, normalização das transaminases e da coagulação. Foi reavaliada por cardiologia pediátrica que continuou a não detectar envolvimento coronário. **Discussão:** Detectaram-se serologias positivas (Influenza A, Coxsackie B2), em simultâneo com quadro de doença de Kawasaki, o que está de acordo com a eventual etiologia viral desta vasculite, não se podendo, contudo, garantir uma relação causal entre ambas. A terapêutica com AAS em dose anti-inflamatória originou quadro de toxicidade hepática, que tendo em conta as datas de instituição e suspensão da terapêutica e de cessação dos vômitos, esteve provavelmente relacionada com a medicação, pelo que se trata duma situação a monitorizar nesta doença.

Palavras-chave: Kawasaki, lactente, ácido acetilsalicílico

PD41- Ritmo idioventricular acelerado diagnosticado em criança praticante de futebol

Sofia Granja¹, Francisco Ferreira², Patrícia Costa³, Cláudia Moura³, João Primo⁴, António Madureira⁵, Bruno Torres⁶, José Carlos Areias³, Ovídio Costa⁶
1- Hospital S. João (HSJ) - Porto, 2- Serviço de Cardiologia - H. Sra da Oliveira, Guimarães, 3- Serviço de Cardiologia Pediátrica - HSJ, 4- C. H. V. N. Gaia, 5- Serviço de Radiologia - HSJ, 6- Centro de Medicina Desportiva do Porto

Introdução: O ritmo idioventricular acelerado (RIVA) é uma forma de arritmia ventricular ectópica, que surge habitualmente em contexto de cardiopatia (cardiopatia estrutural, enfarte agudo do miocárdico, toxicidade digital ou após reperfusão de coronária previamente ocluída), manobras de reanimação e administração de fármacos. Está descrita a sua associação com displasia arritmogénica do ventrículo direito, em casos esporádicos. Caracteriza-se por uma frequência ventricular superior à habitual em ritmos de escape ventriculares (30-40 bpm), mas inferior à que define a taquicardia ventricular (< 100-120 bpm). O seu diagnóstico é electrocardiográfico, não existindo clínica característica. A terapia supressiva, raramente é necessária. **Caso Clínico:** É apresentado o caso de uma criança do sexo masculino, com 9 anos de idade, praticante de futebol federado, referenciado à consulta de Cardiologia Pediátrica por episódios de precordialgia após o esforço físico. Não referia antecedentes pessoais ou familiares de relevo e apresentava exame objetivo normal. O ECG revelou ritmo sinusal em alternância com ritmo idioventricular acelerado com padrão de bloqueio completo de ramo esquerdo. O Holter de 24h e o ecocardiograma foram normais (observada origem normal das artérias coronárias). A prova de esforço mostrou respostas cronotrópica e tensional normais, sem alterações do ritmo cardíaco. Realizou ainda ressonância magnética cardíaca que excluiu displasia arritmogénica do ventrículo direito. Dada a não identificação de patologia cardíaca, manteve a prática desportiva sem restrições. **Discussão e Conclusão:** O RIVA é uma arritmia rara, geralmente auto-limitada, hemodinamicamente bem tolerada, não se associando a taquicardias ventriculares malignas em crianças com corações estruturalmente normais. O seu diagnóstico implica a exclusão de cardiopatia estrutural. O prognóstico a longo prazo é excelente, não estando indicada terapêutica antiarrítmica. Aconselha-se, no entanto, a vigilância de sintomas (palpitações, síncope e pré-síncope), os quais implicam reavaliação da criança.

Palavras-chave: Ritmo idioventricular acelerado, RMN

PD42- Prevenção da Morte Súbita no Desporto – Avaliação Cardiovascular

Marta Antonio, Paula Martins, Maria Teresa Dionísio, Isabel Santos, Graça Sousa, Helder Costa, Lúcia Ribeiro, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O exame médico-desportivo é um instrumento imprescindível para aferir a aptidão dos atletas para a prática desportiva, representando um

importante meio de triagem de patologias ou situações clínicas que condicionam a actividade física na população jovem. Apresentamos 5 casos ilustrativos na prevenção da morte súbita no desporto. 1: Jovem 14 anos (A), referenciado por palpitações e tonturas. De salientar no Holter extrassístolia ventricular (EV) polimórfica e períodos de bigeminismo. Electrocardiograma (ECG) e Prova de Esforço (PE) normais. Na ecocardiografia (ECO) observou-se dilatação no ápex do ventrículo direito (VD) e a ressonância magnética cardíaca (RMC) revelou área de infiltração adiposa com hipocinesia na parede livre do VD. Por suspeita de Displasia Arritmogénica do VD, fez estudo genético que identificou uma mutação no gene PKP2. Medicado com β -bloqueante (β -bloq) 2: Criança 10A referenciado por palpitações. A ECO revelou ventrículo esquerdo (VE) globoso com trabeculações no ápex. Na RMC observou-se um miocárdio de aspecto não compactado a nível do ápex e parede antero-lateral do VE. Realizou estudo genético para VE não compactado que foi negativo. Medicado com antiagregante 3: Jovem 14A praticante de natação, referenciado por hipertensão. Foi-lhe diagnosticada coarctação aórtica grave. Fez angioplastia percutânea, ficando com gradiente residual de 19mmHg. Suspendeu a prática desportiva e está medicado com β -bloq 4: Jovem 12A praticante de futebol, assintomático, referenciado por suspeita de síndrome do QT longo. O ECG basal revela QTc de 0,49seg. Na PE mantém QT longo e no Holter observa-se EV monomórfica. Realizou estudo genético que identificou 2 mutações (KCNQ1, KCNH2). Suspendeu a prática desportiva e está medicado com β -bloq 5: Criança 3A referenciada por sopro contínuo. O ECG revelou ondas Q profundas em D3, V6 e AVF. Ao doppler observou-se fluxo contínuo na artéria pulmonar. Realizou cateterismo cardíaco que confirmou tratar-se de fístula coronária. Holter e cintigrafia normais. Familiar com miocardiopatia hipertrófica confirmada geneticamente, pelo que realizou estudo genético que identificou a mesma mutação. Medicado com β -bloq **Comentários:** As condições cardiovasculares que predisõem os atletas para a morte súbita são raras e difíceis de detectar. A clínica, bem como a história pessoal e familiar são determinantes na suspeita do diagnóstico. O ECG é o meio complementar que permite rastrear um maior número de patologias.

Palavras-chave: Exame Médico Desportivo, Cardiopatia, Morte Súbita

PD43- Hérnia do hiato como causa de colapso pulmonar em lactente

Cristina Pereira, Daniela Pio, Paula Martins, Lúcia Ribeiro, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A hérnia do hiato manifesta-se habitualmente com sintomas de refluxo gastroesofágico. O colapso pulmonar é uma consequência rara mas possível sobretudo em crianças pequenas com hérnias de grandes dimensões. **Descrição do Caso:** Os autores apresentam o caso de um lactente de 5 meses seguido em Consulta de Cardiologia Pediátrica por comunicação interventricular (CIV) subaórtica larga e CIV muscular pequena, submetido a correcção cirúrgica aos 2 meses. O pós-operatório foi complicado de disfunção multiorgânica, e sépsis e endocardite a *Pseudomonas aeruginosa*, com boa evolução clínica mas sequelas neurológicas múltiplas. Posteriormente iniciou quadro de vômitos alimentares recorrentes e resistentes aos pró-cinéticos, má progressão ponderal e múltiplos episódios de dificuldade respiratória com necessidade de oxigénio suplementar. Na sequência da investigação efectuada tomografia axial computadorizada torácica que revelou colapso do pulmão esquerdo e massa mediastínica heterogénea anterior esquerda. Fez broncofibroscopia que confirmou permeabilidade do brânquio principal esquerdo, com achatamento intermitente, e que permitiu a reversão transitória do quadro de colapso. Duas semanas depois surgiu reincidência do colapso pulmonar apesar de manter cinesiterapia e recrutamento alveolar com ventilação não invasiva (BIPAP). Perante a manutenção do quadro clínico prosseguiu investigação com trânsito baritado que revelou hérnia do hiato esofágico. Foi submetido a intervenção cirúrgica para redução da hérnia e funduplicatura de Nissen. Após a cirurgia verificou-se melhoria clínica, com boa tolerância alimentar, aumento ponderal e desaparecimento das queixas respiratórias. **Discussão:** Os sintomas respiratórios em crianças com cardiopatia congénita são frequentemente atribuídos à sua doença de base. A hérnia do hiato pode ser uma causa de colapso pulmonar que não deve ser esquecida num quadro de dificuldade respiratória associada a vômitos persistentes.

Palavras-chave: hérnia hiato, colapso pulmonar

PD44- Tetralogia de Fallot com agenésia da válvula pulmonar – dois casos exemplares

Catarina Diamantino¹, Rui Ferreira², Rita Machado³, Patrícia Ferreira⁴, Margarida Matos Silva², Renata Rossi², Rui Anjos², Ana Teixeira², Isabel Mene-

zes², José Pedro Neves², F. Matmone Martins²

1- Hospital do Espírito Santo de Évora, 2- Hospital de Santa Cruz, 3- Hospital de Dona Estefânia, 4- Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução: A Tetralogia de Fallot (TF) com agenésia da válvula pulmonar (VP) é uma situação rara, com características semelhantes com a TF, mas clinicamente distinta desta. Tal como a TF, caracteriza-se por comunicação interventricular (CIV) e “cavalgamento” da CIV pela aorta, mas tem agenésia da VP e dilatação da artéria pulmonar que condiciona compressão da árvore traqueobrônquica, desde período intra-uterino. A sua evolução depende do grau de desenvolvimento pulmonar e da patologia associada. **Casos clínicos:** Duas crianças com TF com agenésia da VP foram operadas num serviço de cardiologia pediátrica, nos últimos 5 anos. Neste mesmo período, foram tratadas 33 crianças com TF. Criança do sexo masculino, com diagnóstico neonatal de TF com agenésia da VP, sem cianose, com agravamento progressivo do cansaço para pequenos esforços, submetida, aos 2 meses, a cirurgia correctiva com plastia dos ramos da artéria pulmonar (AP). Está clinicamente bem e sem intercorrências relevantes durante os 3 anos de seguimento pós-operatório. A segunda é uma criança do sexo feminino que iniciou, nas primeiras horas de vida, cianose e dificuldade respiratória com necessidade de ventilação mecânica (VM). Foi-lhe diagnosticado TF com agenésia da VP, com dilatação marcada da AP e ramos. O estudo do cariótipo revelou deleção 22q11- Síndrome DiGeorge. Aos 14 dias de vida, realizada correcção total com plastia dos ramos da AP. Por broncomalácia e compressão extrínseca da árvore traqueobrônquica efectuou plicatura da AP direita e implantação de stent endobrônquico, sem sucesso, pelo que posteriormente se colocou prótese anelada externa nos dois brônquios e traqueia. Evolução clínica caracterizou-se por infecções respiratórias de repetição, necessidade de VM, agravamento da patologia pulmonar e falecimento aos 18 meses. **Comentários:** A agenésia da válvula pulmonar é uma situação rara com uma apresentação clínica variável e uma evolução clínica própria. O prognóstico está condicionado pela obstrução das vias aéreas secundária à dilatação da artéria pulmonar, hipoplasia pulmonar condicionada por obstrução e imunodeficiência associada ao Síndrome de DiGeorge (reportado em cerca de 25% dos casos de TF com agenésia da VP). Estes dois casos, tratados pela mesma equipa, num curto intervalo de tempo, evidenciam que a hipoplasia pulmonar associada à obstrução brônquica e a imunodeficiência associada ao Síndrome DiGeorge, são factores de mau prognóstico

Palavras-chave: tetralogia de Fallot, agenésia da válvula pulmonar

PD45- Derrame quiloso tardio pós-cirurgia cardíaca

Paulo Fonseca, Maria Teresa Dionísio, António Pires, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O derrame quiloso (quilotorax) resulta, em cerca de 50 % dos casos, de uma complicação da cirurgia cardio-torácica, por ruptura iatrogénica do canal torácico. A incidência desta entidade, na idade pediátrica, tem vindo a aumentar pela correcção cirúrgica de anomalias cardíacas congénitas cada vez mais complexas, e de maior dificuldade técnica. Habitualmente manifesta-se nos primeiros dias após a cirurgia, sendo a toracocentese essencial para o diagnóstico. **Caso clínico:** Apresenta-se o caso clínico de um lactente do sexo feminino, com estenose crítica da válvula pulmonar diagnosticada no período neonatal precoce, no qual foi realizada a valvuloplastia percutânea por balão aos 10 dias de vida, com bom resultado, mas por persistir a dependência de prostaglandinas e manter um fluxo anterógrado insuficiente, foi decidida a criação de shunt sistémico-pulmonar cirúrgico. Realizado Shunt de Blalock-Taussing à direita aos um mês e três semanas de vida, com boa evolução. Controlo ecográfico 2 meses depois, revelando: Fluxo pulmonar anterógrado aceitável, shunt funcionante e boa contractilidade miocárdica. Cerca de 2,5 meses após a cirurgia, em contexto de infecção respiratória e necessidade de oxigenoterapia suplementar, sem sinais ecográficos de insuficiência cardíaca e com shunt funcionante, é constatado derrame pleural à direita. Na sequência da investigação etiológica do derrame, foi realizada toracocentese terapêutica e diagnóstica, com drenado pleural de aspecto leitoso e análise bioquímica compatível com derrame quiloso. Manteve dreno torácico em drenagem livre e iniciou alimentação oral com restrição do conteúdo lipídico. Apesar da melhoria clínica inicial, posteriormente, por agravamento clínico e radiológico e persistência de drenado torácico, foi iniciada a alimentação parentérica total (APT), com melhoria progressiva, tendo havido necessidade de manter a APT com restrição lipídica, de forma intermitente, durante cerca de 2,5 meses. Actualmente, cerca de 15 meses após a cirurgia, encontra-se clinicamente bem, sem restrição lipídica e sem derrame significativo. **Comentários:** O derrame quiloso secundário a traumatismo do canal

torácico, embora surja habitualmente nos primeiros dias após a cirurgia, pode ter uma evolução insidiosa, podendo manifestar-se várias semanas depois e levar a atrasos no correcto diagnóstico etiológico.

Palavras-chave: Cardiopatia, Quilotorax iatrogénico

PD46- Micardiopatia hipertrófica diagnosticada durante avaliação médico-desportiva

Sofia Granja¹, Ana Alexandra Sequeira², Patrícia Romão³, Patrícia Costa⁴, Cláudia Mota⁵, Luís Almeida Santos⁶, José Carlos Areias⁷, Ovídio Costa⁸
1- Hospital S. João - Porto, 2- Serviço de Pediatria - H. Sto António, 3- Serviço de Pediatria - H. Pedro Hispano, 4- Serviço de Cardiologia Pediátrica - HSJ, 5- Serviço de Cardiologia Pediátrica - HSJ, 6- UAG da Mulher e da Criança - HSJ, 7- Serviço de Cardiologia Pediátrica - HSJ; FMUP, 8- Centro de Medicina Desportiva do Porto; FMUP

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença autossómica dominante em 50% dos doentes, caracterizada por hipertrofia ventricular esquerda (HVE), com envolvimento assimétrico do septo interventricular (SIV) em 95% dos casos, na ausência de outras causas de hipertrofia. A prevalência é de 1:500 indivíduos. Os factores de mau prognóstico incluem: história familiar de morte súbita, antecedentes de paragem cardio-respiratória ou taquicardia ventricular não sustentada, resposta tensional anormal ao exercício, síncope inexplicada, HVE > 3 cm e diagnóstico estabelecido antes dos 14 anos. Apesar dos progressos da biologia molecular, a correlação genótipo-fenótipo na CMH e as suas implicações clínicas estão ainda mal definidas. Actualmente, o principal desafio assenta no diagnóstico precoce da doença e na identificação dos indivíduos em risco de eventos severos e/ou fatais. **Caso Clínico:** Adolescente de 11 anos de idade, referenciado à consulta de Cardiologia Pediátrica para exclusão de cardiopatia, por história familiar de morte súbita e fenótipo de MCH. Previamente saudável, encontrava-se assintomático do ponto de vista cardiovascular e com exame objectivo normal. O ECG mostrava voltagem elevada nas derivações esquerdas e no ecocardiograma foi detectada hipertrofia do SIV com boa função VE (sistodiastólica), sem obstrução do tracto de saída do VE. A prova de esforço e o Holter de 24h, foram normais. O estudo genético revelou mutação no exão 22 do gene MYH7. Apesar da associação comprovada, o seu prognóstico não está bem esclarecido, aconselhando-se prudência relativamente ao risco desta mutação. Desta forma, foi restringida a actividade física e programada uma vigilância clínica regular, e foi orientado para a consulta de Psicologia. **Discussão e Conclusão:** Apesar de uma evolução favorável na maioria dos casos, o desfecho potencialmente grave/fatal da MCH não pode ser desprezado. A caracterização molecular destes doentes é essencial, estando já identificados 18 genes e mais de 100 mutações associados. É uma doença relativamente frequente e cujo prognóstico (sobretudo a estratificação do risco de mortalidade) pode ser estabelecido de acordo com a mutação encontrada. Em crianças com história familiar de MCH, a avaliação por Cardiologia Pediátrica é mandatória para confirmação/exclusão do diagnóstico, avaliação do prognóstico/risco de complicações e definição de estratégias de actuação.

Palavras-chave: Miocardiopatia hipertrófica, morte súbita

PD47- Fístulas arterio-venosas pulmonares – causa rara de cianose

Maria Teresa Dionísio, Paula Martins, Marta António, Graça Sousa, António Pires, Lúcia Ribeiro, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: As fístulas arterio-venosas pulmonares (FAVP) congénitas são malformações que consistem em comunicações entre a rede arterial e venosa pulmonar condicionando um shunt direito-esquerdo. As repercussões hemodinâmicas dependem do seu grau, podendo cursar com insuficiência cardíaca congestiva refractária nos casos mais graves e cianose. Tem uma incidência de 2 a 3:100000, sendo mais frequente no sexo feminino. Os autores descrevem 2 casos clínicos de FAVP congénita. **Descrição dos casos:** Caso 1: Recém-nascido de termo, sexo feminino, internada por cianose precoce que manteve apesar de ventilação mecânica com parâmetros agressivos, terapêutica com surfactante, apoio inotrópico e antibioterapia. Excluída patologia pulmonar parenquimatosa e intracardíaca congénita. Por manutenção do quadro e por suspeita de malformação vascular realizou Angiorressonância Magnética Cardíaca que mostrou a existência de numerosas fístulas arterio-venosas pulmonares em todo o pulmão direito, bem como hipoperfusão do pulmão esquerdo. A Tomografia Axial Computorizada Torácica revelou achados sobreponíveis. Foi ponderado banding da artéria pulmonar, mas faleceu ao 11º dia de vida em insuficiência cardíaca refractária. Caso 2: Menina, 6 anos,

referenciada à Consulta de Cardiologia Pediátrica por cianose central, confirmada clinicamente. A referir a presença de hipocratismo digital. Realizou telerradiografia torácica que evidenciou reforço hilar à esquerda. O electrocardiograma e a ecocardiografia não revelaram alterações significativas. Submetida a avaliação hemodinâmica que mostrou 2 FAVP pulmonares esquerdas entre o ramo esquerdo da artéria pulmonar e veia pulmonar superior esquerda e veia pulmonar inferior esquerda. Aguarda embolização percutânea das fístulas e estudo da Síndrome de Rendu-Osler-Weber. **Discussão:** As fístulas arterio-venosas pulmonares são uma patologia de difícil diagnóstico devido à sua raridade e achados inespecíficos nos exames complementares de diagnóstico de rotina. No entanto, trata-se de uma hipótese de diagnóstico a ser considerada na criança com cianose e/ou insuficiência cardíaca de causa não esclarecida.

Palavras-chave: fístula, cianose, insuficiência cardíaca

PD48- Pausa cardíaca prolongada no Espasmo do Choro

Isabel Cristina Torres Santos, Teresa Dionísio, Marta António, Paula Martins, Graça Sousa, Antonio Pires, Ana Mota, Helder Costa, Lucia Ribeiro, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: Os espasmos do choro são bem conhecidos na população pediátrica. São habitualmente inócuos, embora aflitivos para os pais, resolvendo na sua maioria com o tempo. Os espasmos do choro classificam-se em dois tipos principais: cianóticos e pálidos. São precipitados por estímulos como a fúria e a dor, manifestando-se por cianose, apneia, mudanças no tónus postural e mesmos movimentos tónico - clónicos. Os espasmos benignos ocorrem em cerca de 27% das crianças saudáveis e podem apresentar-se como malignos em 0,1 a 4,6%. O início ocorre entre os 6 e os 18 meses e a frequência varia de múltiplos episódios por dia a um por ano. Cerca dos 6 anos 90% dos espasmos resolvem espontaneamente. **Casos clínicos:** Os autores apresentam 3 casos clínicos, em duas crianças do sexo masculino e uma do sexo feminino com idades compreendidas entre os 13 meses e os três anos, com espasmos do choro cianóticos (dois) e pálido (um). Apresentam uma história clínica sugestiva, com factor desencadeante e choro. O exame físico é normal, assim como a avaliação laboratorial. O electrocardiograma (ECG) não mostra alterações. Foram realizados Holters tendo sido demonstrado bradicardias e pausas sinusais com duração que variaram de oito a 16 segundos, com recuperação espontânea. Não foi iniciada terapêutica, aguardando-se a evolução. **Comentários:** Os espasmos do choro são benignos e autolimitados. No entanto requerem uma avaliação cuidada para exclusão de doenças graves subjacentes. A história clínica, o exame físico e os exames complementares (nestes casos: Hemograma, Bioquímica, ECG e Holter) ajudam a estabelecer o diagnóstico. O tratamento consistiu numa atitude expectante com vigilância em Consultas de Cardiologia e em informação e formação aos pais. A colocação de pacemaker foi protelada por os eventos não serem muito frequentes e sem necessidade de manobras de reanimação cardiorespiratória.

Palavras-chave: espasmo choro; bradicardia; pausas

PD49- Experiência de 10 meses de teleconsulta de Cardiologia Pediátrica em Luanda

Sebastiana Gamboa¹, Ondina Catromgo¹, Lúcia Ribeiro², Eduardo Castela², Luís Bernardino¹
1- Hospital Pediátrico de Luanda - David Bernardino, 2- Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: Cada vez mais, a tecnologia está ao serviço da saúde e torna-se imprescindível na prática médica. A Telemedicina (TM) consiste na prestação de cuidados de saúde através da utilização do potencial oferecido pelas tecnologias de telecomunicação. A interpretação partilhada da ecocardiografia, realizada em tempo real no contexto da situação clínica, conduz a uma maior precocidade e eficácia no diagnóstico e orientação destes casos, permitindo uma intervenção atempada, com consequente melhoria dos **Resultados:** terapêuticos. Desde Novembro de 2007, realiza-se a teleconsulta entre Coimbra e Luanda, semanalmente às quartas-feiras, fazendo-se, em média, 8 consultas. **Material e métodos:** Análise retrospectiva das fichas electrónicas de teleconsulta através do sistema Medigraf® efectuadas desde Novembro de 2007 a Agosto de 2008, no que diz respeito à idade, motivo de consulta e diagnóstico. **Resultados:** Durante 10 meses, realizaram-se 185 teleconsultas de Cardiologia Pediátrica. A média de idades foi 2,5 anos, sendo a idade mínima de 8 dias e máxima de 14 anos. Destas, 51% no primeiro ano de vida e 23% entre 1 e 5 anos. Os principais motivos de consulta foram por ordem

decrecente: sopro, clínica de insuficiência cardíaca e cianose. Os diagnósticos mais frequentes foram: shunt's esquerdos direitos simples (49,5%), dos quais 81% são importantes; cardiopatias complexas não cianóticas (17,3%); cardiopatias complexas cianóticas (15%) e miocardiopatias (9,2%). Em 10% dos casos não se encontrou patologia cardíaca. **Conclusão:** Tornou-se evidente que a Telemedicina possibilita a partilha de experiências intercontinentais e de diagnóstico especialmente em cardiopatias complexas. O tratamento destas patologias implica um apoio cirúrgico ou percutâneo adequado e urgente.

Palavras-chave: Teleconsulta, cardiopatias

PD50- Monitorização com Holter em crianças medicadas com metilfenidato

Cristina Pereira, Ana Margarida Costa, Teresa Dionísio, Isabel Santos, Ana Mota, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O metilfenidato é um psicoestimulante indicado para o tratamento do Distúrbio de Défice de Atenção e Hiperactividade. Esta patologia actualmente muito prevalente tem implicado o encaminhamento ao Cardiologista Pediátrico de crianças medicadas com este fármaco e simultaneamente com sintomatologia cardíaca. O metilfenidato é conhecido pela sua associação a arritmias cardíacas nomeadamente taquicardia, precordialgia e hipertensão. **Objectivos:** Avaliar alterações electrocardiográficas numa população de crianças medicadas com metilfenidato. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos das crianças medicadas com metilfenidato que efectuaram Holter num período de 15 meses (Janeiro de 2007 a Março de 2008). **Resultados:** Neste período foram efectuados 502 exames, dos quais oito eram crianças medicadas com metilfenidato. Destas oito crianças, 5 eram do sexo masculino e a média de idades foi de 13 anos. Uma das crianças tinha antecedentes de patologia cardíaca, nomeadamente coarctação da aorta (CoA) operada. Esta era a única assintomática. As restantes crianças apresentavam sintomatologia cardíaca: precordialgia em três casos, palpitações em dois, lipotímia em um e ainda uma criança com palpitações e síncope. Apenas em 2 casos foram encontradas alterações electrocardiográficas significativas. No primeiro caso tratava-se de um adolescente do sexo masculino, de 13 anos, com queixas de precordialgia e ecocardiograma normal. O Holter revelou extrassístoles supraventriculares (ESV) muito frequentes, ectopia auricular e dois períodos muito curtos de taquicardia supraventricular, três extrassístoles ventriculares (EV), sem outras alterações. No segundo caso trata-se de um rapaz de 15 anos, com antecedentes de CoA, cujo Holter revelou uma ESV, reduzida EV isolada e multifocal, sem outras alterações. Em ambas as situações foi suspenso o metilfenidato. **Conclusão:** Apesar do tamanho reduzido da amostra, esta casuística mostra a importância do rastreio de arritmias cardíacas em crianças medicadas com metilfenidato, já que no nosso estudo foram encontradas alterações em 25% dos casos. A American Heart Association recomenda a realização de electrocardiograma em todas as crianças antes de iniciarem medicação com metilfenidato.

Palavras-chave: metilfenidato, holter, criança

PD51- Bloqueio Aurículo-ventricular congénito e Lúpus Neonatal

Lúcia Basto, Teresa Dionísio, Isabel Santos, Elsa Hipólito, Marta Antonio, Paula Martins, Graça Ramalheiro, Antonio Pires, Ana Mota, Lúcia Ribeiro, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O Bloqueio aurículo-ventricular congénito (BAVC) é uma patologia rara, com frequência estimada de 1/20 000 nascimentos e predomínio no sexo feminino (2:1). Pode associar-se malformações cardíacas estruturais ou mais raramente a doença auto-imune materna. O LES neonatal (LNN) ocorre pela passagem passiva transplacentar de auto-anticorpos em cerca de 1 a 2% dos recém-nascidos filhos de mães com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). É mandatório o diagnóstico pré-natal no primeiro trimestre de gravidez. A miocardiopatia dilatada secundária a LNN após tratamento prévio da bradicardia (mesmo após implantação precoce de pace-maker) tem início tardio e é uma secura rara de prognóstico reservado. Tendo como motivo a descrição de 3 casos clínicos de BAVC secundário a LNN, efectuamos a revisão da nossa experiência nos BAVC. Foram diagnosticados 9 casos de BAVC nos últimos 9 anos dos quais nenhum apresentava malformações cardíacas. Dos 9 casos 7 (78%) colocaram pace-maker. Descrevem-se 3 casos clínicos de BAVC secundário a LNN, dois dos quais com miocardiopatia dilatada, conhecidos desde a vida fetal e com necessidade de pacemaker epicárdico no período neonatal imediato. Caso 1: Criança do sexo masculino, 4 A e 2 m,

com função ventricular esquerda conservada pós pacemaker. Aos 20 m apresenta disfunção ventricular aguda por miocardiopatia dilatada, necessitando de aminas e levosimendan por insuficiência cardíaca grave. A investigação etiológica revelou-se negativa e foi colocada a hipótese de miocardiopatia dilatada de início tardio secundária a LNN. Por agravamento progressivo fez transplante cardíaco. Caso 2: Criança do sexo masculino, 6 A, estável até aos 2A, após correcção de BAVC com pacemaker, altura em que inicia quadro de insuficiência cardíaca por miocardiopatia dilatada. Actualmente, em classe II de NYHA apresenta ecocardiograficamente um ventrículo esquerdo dilatado e hipocinésia da metade distal do septo. Caso 3: Criança do sexo masculino, 8 A, com função ventricular esquerda conservada após pacemaker que mantém. **Conclusão:** Apesar do BAVC ser raro, o diagnóstico pré-natal tem aumentado nos últimos anos pela evolução técnica dos meios complementares de diagnóstico. Cerca de 90% dos BAVC isolados diagnosticados nos primeiros 6 meses de vida são secundários a lúpus eritematoso neonatal sendo essencial a manutenção de um alto grau de suspeita diagnóstica.

Palavras-chave: Bloqueio aurículo-ventricular congénito, Lúpus, diagnóstico pré-natal.

PD52- Síndrome do QT longo e Morte Súbita – A Nossa Experiência

Marta António, Paula Martins, Maria Teresa Dionísio, Isabel Santos, António Pires, Ricardo Duarte, Lúcia Ribeiro, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O Síndrome do QT Longo (SQTL) é a descrição fenotípica de um grupo de distúrbios da repolarização do miocárdio caracterizado por um prolongamento do intervalo QT no electrocardiograma (ECG). Associa-se a arritmias ventriculares, particularmente torsade de pointes (TdP), e a um risco aumentado de morte súbita. O SQTL pode ser congénito ou adquirido, sendo as formas congénitas maioritariamente causadas por mutações genéticas autossómicas dominantes. Clinicamente pode manifestar-se com episódios de síncope, tonturas ou palpitações desencadeados por episódios de trauma, emoções, esforços ou durante o sono. **Objectivo:** Caracterização clínica e molecular, para estratificação do risco de morte súbita, das crianças com SQTL seguidas no nosso Serviço. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos das crianças com o diagnóstico de SQTL seguidas na consulta de Cardiologia Pediátrica. Todas foram submetidas a avaliação clínica, electrocardiográfica, ecocardiográfica, Holter e estudo genético. **Resultados:** Foram observadas 7 crianças com idades compreendidas entre 1 mês e 12 anos, sendo 6 do sexo masculino. As manifestações clínicas mais frequentes foram síncope e taquicardia ventricular em 5 e 4 casos, respectivamente. A mediana do QTc no ECG basal foi 0,48 segundos (mínimo 0,43 e máximo 0,64). Em 3 crianças o Holter revelou TdP. Foram todas medicadas com β -bloqueante e 3 colocaram pace-maker (VVIR). Através do estudo genético, identificaram-se 4 SQTL tipo II, 2 SQTL tipo I e 1 SQTL tipo III, encontrando-se em curso outros 2 estudos. A criança com SQTL tipo III faleceu. Nas 2 crianças com SQTL I e 2 foram identificadas as mesmas mutações nas mães e num dos pais. **Comentários:** Os autores alertam para a necessidade do diagnóstico precoce do SQTL em lactentes e crianças com síncope e/ou bloqueio aurículo ventricular completo. É fundamental o tratamento atempado, pela diminuição significativa da morbilidade e da mortalidade (22% vs 5%) que se associa a esta patologia. A terapêutica e o prognóstico, nomeadamente o risco de morte súbita, dependem da mutação genética subjacente, razão pela qual é fundamental o estudo genético do doente e dos seus familiares directos.

Palavras-chave: Síndrome do QT longo, morte súbita, estudo genético

PD53- Wolff-Parkinson-White e morte súbita – a propósito de um caso clínico

Isabel Cristina Torres Santos, Teresa Dionísio, Marta António, Paula Martins, Graça Sousa, Ana Mota, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) caracteriza-se pela existência de uma via alternativa para condução aurículo-ventricular (AV), conectando directamente as aurículas com os ventrículos fazendo bypass ao nóculo AV. O electrocardiograma (ECG) clássico apresenta duas características maior: PQ curto e onda Delta. Clinicamente pode apresentar-se com palpitações, precordialgia, síncope e morte súbita. Do grupo das taquicardias supraventriculares, o Síndrome de WPW é o que apresenta maior risco de morte súbita, sendo um evento catastrófico a manifestação inicial em 2.3% dos casos. A fibrilhação ventricular pode ser a primeira manifestação do

WPW e a síncope o sintoma inicial em 54% casos. **Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de uma adolescente de 12 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes (sem cansaço, palpitações ou síncope) com história familiar negativa para morte súbita ou miocardiopatias. Tratava-se de uma criança que recorreu ao nosso Serviço de Urgência (SU) em morte aparente. Teve um episódio de síncope após a aula de educação física, com recuperação espontânea uma hora antes. À entrada no SU encontrava-se em paragem cardíaca sem pulso com ritmo de fibrilhação ventricular. Foi desfibrilhada com desfibrilhador automático externo com sucesso, entrando em ritmo sinusal. Realizou TAC –CE que foi normal. O estudo metabólico e infeccioso foi negativo. O ECG mostrou WPW e o ecocardiograma um coração estruturalmente normal. Iniciou terapêutica com amiodarona oral, não repetindo mais arritmias. Após a reversão da fibrilhação, permaneceu estável clinicamente, com exame neurológico normal. Durante o internamento, realizou estudo electrofisiológico que confirmou a via acessória tendo feito a sua ablação por radiofrequência ficando sem qualquer medicação. Assintomática desde então. **Comentário:** Nas crianças com morte súbita, a síndrome de pré excitação não é uma causa rara de diagnóstico, estando presente em cerca de 3.6% das mortes súbitas com ECG prévios com pré excitação. Os doentes sintomáticos devem realizar estudo electrofisiológico para estratificação de risco.

Palavras-chave: WPW, síncope, morte súbita

PD54- Paragem cardíaca após amiodarona endovenosa

Isabel Cristina Torres Santos, Teresa Dionísio, Marta António, Paula Martins, Graça Sousa, António Pires, Ana Mota, Hélder Costa, Lúcia Ribeiro, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: No tratamento das taquicardias supraventriculares e ventriculares em doentes pediátricos um dos fármacos com eficácia demonstrada é a amiodarona endovenosa (ev). A amiodarona tem significativos efeitos colaterais agudos e destes incluem-se a hipotensão grave, vasodilatação, efeito inotrópico negativo e bradicardia severa especialmente quando administrado por via endovenosa. Os efeitos colaterais hemodinâmicos da amiodarona parecem ser menos pronunciados na idade pediátrica que nos adultos. **Casos Clínicos:** Os autores apresentam dois casos clínicos de lactentes com flutter auricular e disfunção ventricular que foram tratados com amiodarona ev. Apresentaram hipotensão, bradicardia e assistolia com paragem cardiorespiratória e necessidade de reanimação prolongada. Ambos recuperaram sem aparentes sequelas neurológicas. Houve reversão da taquicardia nos dois casos. Estão actualmente em ritmo sinusal, medicados com amiodarona oral. Clinicamente bem sem sinais de insuficiência cardíaca. **Discussão:** A amiodarona é eficaz no controle deste tipo de taquicardias, mas o seu uso endovenoso deve ser ponderado e a sua administração efectuada em ambiente seguro. Nos doentes com diminuição da contractilidade ou com insuficiência cardíaca classe III/IV, os seus efeitos secundários podem ser potenciados.

Palavras-chave: amiodarona endovenosa, paragem cardiovascular

PD55- Ressuscitação eficaz em adolescente com miocardiopatia não identificada

Daniela Pio, Cristina Pereira, Maria Teresa Dionísio, Dina Cirino, Isabel Santos, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A morte súbita é muitas vezes o primeiro e último sinal de doença cardíaca. Nos doentes cuja paragem cardíaca é presenciada, a taxa de sucesso depende da instituição precoce de manobras de reanimação cardiorespiratória. As manobras de Suporte Básico de Vida podem ser realizadas por qualquer pessoa treinada. **Descrição do Caso:** Os autores apresentam o caso de uma adolescente de 13 anos, com paragem cardiorespiratória com reanimação no domicílio. Tratava-se de uma criança com antecedentes de “epilepsia” mal esclarecida desde os 6 anos de idade. Dos antecedentes familiares salienta-se a morte súbita de um irmão aos 2 anos com o diagnóstico de aspiração de vómito na autópsia. Deu entrada no serviço de urgência do hospital da área de residência, constatando-se fibrilhação ventricular. Fez cardioversão, recuperando o ritmo sinusal. Foi transferida para os cuidados intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra onde necessitou de apoio ventilatório e inotrópico por depressão da função ventricular esquerda. Apresentava um quadro neurológico grave: tetraplegia com alterações da consciência. Analiticamente apresentava NTPro BNP de 15012.6pg/ml e troponina de 19.5ng/ml. Foram excluídas causas infecciosas e metabólicas. O ecocardiograma mostrou uma hipertrofia miocárdica, com disfunção sistó-

lica ligeira e diastólica sem obstáculo à saída do VE. O Electrocardiograma (ECG) apresentava ritmo sinusal, extrassístoles ventriculares (EV) monomórficas e supra-desnívelamento do segmento ST. O Holter apresentava EV monofásicas sem pares ou taquicardia. O cintigrama cardíaco mostrou zonas de hipoperfusão ligeira após início do esforço. O estudo molecular do gene MYBPC3 identificou uma mutação descrita na “Familial Hypertrophic Cardiomyopathy Mutation Database”. Foi colocado cardiodesfibrilador (CDI). Os restantes membros da família realizaram ECG e ecocardiograma. O pai apresentava no ecocardiograma hipertrofia miocárdica com função ventricular conservada e critérios de HVESquerda e alterações do segmento ST-T no ECG. Actualmente sem sequelas neurológicas, com queixas de cansaço (classe funcional NYHA II) medicada com propranolol, sem episódios de síncope e sem necessidade de desfibrilhação. **Discussão:** Pretende-se com este caso realçar a importância de um suporte imediato de vida eficaz, evitando sequelas graves. Perante história familiar de morte súbita é imperioso excluir patologia cardíaca.

Palavras-chave: miocardiopatia hipertrófica, morte súbita

PD56- Importância do exame cardiovascular no desporto escolar

Marta António, Maria Teresa Dionísio, Paula Martins, Isabel Santos, António Pires, Graça Sousa, Ana Mota, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A prática do desporto é incentivada desde as idades mais precoces, sendo a disciplina de Educação Física um componente obrigatório do currículo escolar. Concomitantemente, é frequente a participação, a nível competitivo, em várias modalidades desportivas extra-curriculares que implicam uma maior carga horária dedicada ao exercício físico. Muitos destes jovens mantêm uma actividade física intensa, não sendo submetidos a qualquer avaliação médico-desportiva. Pretende-se com este exame clínico a exclusão de patologias que impliquem efeitos adversos no contexto das diversas actividades desportivas, particularmente as doenças do foro cardíaco, sendo estas as que se associam mais frequentemente à morte súbita. **Objectivos:** Os autores pretenderam com este trabalho realizar uma avaliação cardio-vascular a uma equipa masculina de futebol sub-12 (actividade extra-curricular) de uma escola de Coimbra durante o ano lectivo 2007/2008, a fim de excluir doenças do foro cardíaco. **Material e Métodos:** Após obtida autorização da escola e dos pais dos alunos, procedeu-se à avaliação dos jovens, nomeadamente, história clínica, exame objectivo, electrocardiograma, ecocardiograma e Prova de Esforço. Foi considerado critério de exclusão a presença de cardiopatia conhecida. A escolha da equipa e da modalidade desportiva foi aleatória, não existindo grupo de controlo. **Resultados:** Foram avaliados 15 jovens do sexo masculino com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos de idade. Um dos jovens foi excluído por apresentar doença cardíaca conhecida (coarctação da aorta corrigida). Nos outros 2 jovens identificou-se uma cardiopatia de novo, concretamente, uma comunicação interventricular e um síndrome de Wolf-Parkinson-White. De referir a inexistência de antecedentes pessoais e familiares relevantes. **Comentários:** Trata-se de uma pequena amostra, pelo que a incidência de cardiopatias diagnosticada, claramente superior à referida na literatura médica, não tem significado estatístico. No entanto, os autores alertam para a importância da avaliação médico-desportiva na actividade física de intensidade moderada, a fim de excluir patologias que possam condicionar ou impossibilitar a prática desportiva. É importante também referir que a presença de cardiopatia não implica necessariamente a cessação da actividade física em questão. Os dois jovens da nossa amostra a quem foi diagnosticada patologia do foro cardíaco, mantêm a sua actividade desportiva.

Palavras-chave: Desporto Escolar, Rastreo, Adaptação Cardiovascular

PD57- Tetralogia de Fallot e crises de cianose: O regresso dos β - bloqueantes?

Patrícia Ferreira¹, Rui Ferreira², Margarida Matos Silva², Renata Rossi², Ana Teixeira², Rui Anjos², Isabel Menezes², F. Maymone Martins²
1- Hospital de Reynaldo dos Santos, 2- Hospital de Santa Cruz

Introdução: As crises de cianose (CC) na Tetralogia de Fallot (TF) são uma entidade clínica grave, com fisiopatologia incompletamente esclarecida. Surgem em situações de desidratação, esforço, dor, choro, ou imediatamente após o cateterismo e cursam com redução do débito pulmonar, por agravamento da estenose infundibular e aumento da frequência cardíaca (FC). É provável que a redução da FC, permitindo melhor enchimento diastólico,

favoreça o aumento do volume de ejeção e do débito pulmonar, associado à relaxação infundibular, contribuindo assim para prevenir, abortar ou tratar a CC. Este mecanismo está também provavelmente presente no squatting, que favorece o aumento do retorno venoso e da resistência vascular sistémica, diminuindo a FC e ainda na eficácia dos β bloqueantes (β b) pelo seu efeito cronotrópico negativo. Tem sido sugerida também a utilidade dos α miméticos por aumentarem a resistência sistémica. **Objectivos:** Avaliação da validade desta interpretação da fisiopatologia da CC baseada na revisão da terapêutica utilizada e seu efeito na redução da FC. **Material e Métodos:** Revisão dos processos clínicos dos doentes com TF e CC seguidos nos últimos 5 anos num Serviço de Cardiologia Pediátrica. Reviram-se os dados demográficos, clínicos, laboratoriais, ecocardiográficos, hemodinâmicos, modalidade e taxa de sucesso do tratamento e da recorrência das CC e a incidência de complicações até à cirurgia. **Resultados:** Observaram-se 8 CC em 5 dt dos 33 com TF (15% de incidência, 60% de recorrência). Três recebiam β b profilaticamente. O tratamento das CC baseou-se no posicionamento geno-peitoral, na administração de volume (incluindo concentrado de eritrócitos para manter a hemoglobina acima de 16 g/dl) e de β b. Administraram-se em média 13 ml/kg de volume e uma dose variável de β b em função da medicação prévia. A terapêutica adicional consistiu no alívio da dor e na correcção de alterações electrolíticas e do equilíbrio ácido-base, quando necessário. Para além da melhoria na saturação de O₂ ocorreu uma descida média da FC de 17%. Só se registou recorrência de CC em doentes não completamente β bloqueados. Não houve outras complicações até à cirurgia realizada em média aos 6 meses. **Comentários:** Os resultados sugerem que o tratamento e profilaxia das CC pode beneficiar por uma estratégia que vise, não apenas o relaxamento infundibular, mas também a redução da FC e o aumento do volume circulante, aproveitando também o efeito cronotrópico negativo dos β b.

Palavras-chave: Tetralogia Fallot, crise de cianose

PD58- Evolução maligna de um QT longo tipo 3

Elsa Hipólito, Paula Martins, Isabel Santos, Graça Sousa, António Pires, Ana Mota, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O Síndrome do QT longo caracteriza-se por um aumento do intervalo QT no electrocardiograma (ECG) e taquicardia ventricular polimórfica. Está associado a um risco aumentado de síncope e morte súbita. É devido a uma alteração dos canais transmembranares de sódio, potássio e cálcio do miócito. Os QT longos tipo 1, 2, e 3 são os mais frequentes. O QT longo tipo T3, é causado por uma mutação do gene SCN5A dos canais de sódio. O diagnóstico pode ser feito através do ECG, mas a sua variabilidade fenotípica coloca, por vezes dificuldades no diagnóstico. A terapêutica é o B-bloqueante, no entanto, no QT longo tipo 3 este tratamento, pode ser menos eficaz, necessitando de outros antiarrítmicos, como o mexilitil. Na bradicardia, pode ser necessária a colocação de pacemaker. **Descrição do caso:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 4 anos, com o diagnóstico de Síndrome do QT longo tipo 3, desde 1 ano de idade, medicada com propranolol com boa resposta. Aos 3 anos, reinicia síncope, pelo que é decidida colocação de pacemaker VVIR e alterada terapêutica para nadolol. Fica novamente assintomático durante ano e meio. Após síncope na praia, com duração de aproximadamente 3 minutos, com necessidade de reanimação cardio-respiratória, é transferido para o nosso serviço, e por manter episódios de TV, Torsade de pointes e FV, inicia propranolol e perfusão de lidocaína a D3, assistindo-se a um encurtamento do QRS. Foi medicado com Mexilitil e Nadolol de D5 a D12, com boa resposta. A D13, novos episódios de TV e FV, sem factor desencadeante aparente, sendo programado o pacemaker para 120/min, por aparente falha de estímulo, manteve-se estável durante 24 horas. A D15 inicia flecainida e pára Mexilitil. A D16 stop perfusão de Lidocaína ev, ajuste da dose de flecainida ev e inicia perfusão de Sulfato de Magnésio; as crises de TV sem pulso e FV começam a ser mais frequentes e prolongadas com necessidade de entubação e ventilação mecânica. Noção de falha de pacemaker que foi reajustado, sem sucesso; colocação de pace externo, mantinha falhas de condução; colocação de pace endocavitário provisório (estímulo auricular, não efectivo por BAV; estímulo ventricular, resposta ventricular irregular). Eco: deterioração da função com muito baixo débito e derrame pericárdico. Acabou por falecer. **Discussão:** A heterogeneidade do Síndrome do QT longo torna o seu diagnóstico, opções terapêuticas e prognóstico difícil e impreciso

Palavras-chave: QT longo, morte súbita

PD59- Endocardite como forma de apresentação de cardiopatia congénita num adolescente

Andrea Dias¹, Sandra Mesquita², António Pires³, António Resende², Carlos Rodrigues², Eduardo Castela²

1- Centro Hospitalar de Cova da Beira, 2- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar da Cova da Beira, 3- Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra

Caso Clínico: Descreve-se o caso clínico de um adolescente de 12 anos, sexo masculino, etnia cigana, sem registo de consultas prévias. Recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica por febre intermitente com uma semana de evolução, tornando-se persistente nas 24 horas prévias, tosse por acessos e rinorreia. Noção de perda ponderal não quantificada. À observação detectado sopro holossistólico grau IV/VI audível em todo o pré-córdio e no dorso. Apresentava leucocitose de predomínio neutrofilico e PCR elevada. A hemocultura veio a revelar-se positiva para *Streptococcus mitis*. Realizou ecocardiograma por teleconsulta que mostrou a presença de CIV subaórtica com regurgitação aórtica e vegetações a nível da válvula mitral e aórtica. Perante o diagnóstico de endocardite mitro-aórtica iniciou antibioterapia com vancomicina + gentamicina e terapêutica com espironolactona e furosemida. Na segunda semana de terapêutica reinicia febre constatando-se insuficiência renal, tendo sido transferido para o hospital central de referência. Foi alterada antibioterapia para ceftriaxone e teicoplanina e realizada ecocardiografia transesofágica que mostrou válvulas aórtica e mitral vegetadas e imagem compatível com abscesso para-valvular aórtico e mitral extenso. Associou-se rifampicina à antibioterapia. Posteriormente submetido a cirurgia para encerramento directo da CIV, substituição da válvula aórtica por homoenxerto valvulado e valvuloplastia mitral. Evolução favorável, mantendo regurgitação mitral ligeira, com função global normal. Dois anos após cirurgia, sob terapêutica com lisinopril e furosemida, encontra-se assintomático, mantendo insuficiência mitral e aórtica ligeira a moderada. **Discussão:** O diagnóstico de cardiopatia congénita é estabelecido habitualmente em idade precoce, logo a endocardite é actualmente uma forma de apresentação rara desta patologia. Deve manter-se um elevado índice de suspeição, sobretudo em crianças de risco.

Palavras-chave: endocardite, cardiopatia congénita, ecocardiograma, adolescente

PD60- Pericardite aguda: uma evolução menos comum

Joana Vieira Pinto, Clara Alves Pereira, Edite Tomás, Cristina Garrido, Rui Almeida, Carla Zilhão
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE

A pericardite aguda pode estar associada a um largo espectro de patologias, nomeadamente infecciosas e auto-ímmunes. A evolução clínica é em grande medida dependente da causa, sendo que no caso da etiologia vírica (a maioria dos casos) tem um curso habitualmente benigno com evolução espontânea para a cura. Os autores apresentam um caso de pericardite aguda de provável etiologia vírica, com uma apresentação e evolução distintas do habitual. **Caso Clínico:** Adolescente do sexo feminino, de 13 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, com quadro de astenia e dor retroesternal ao qual se associaram acessos de tosse seca e febre (de D1-4 e a partir de D12 de doença). Medicada de D17 a D20 com amoxicilina/ac. clavulânico, altura em que recorre ao CHTS por persistência da febre; nessa altura apresentava atrito pericárdico, cardiomegalia e derrame pleural esquerdo, associados a neutrofilia relativa e elevação da PCR e VS; CPK, mioglobina e troponina I normais. O ecocardiograma revelou derrame pericárdico de médio volume com fibrina e espessamento dos folhetos pericárdicos e o electrocardiograma inversão das ondas T infero-laterais. Foi então medicada com levofloxacina e ácido acetilsalicílico (AAS) em regime de internamento. Ao 4º dia de tratamento verificou-se um agravamento clínico, com dificuldade respiratória, hepatomegalia e refluxo hepato-jugular. Constatada elevação da PCR e da VS e presença de derrame pleural bilateral; o ecocardiograma revelou aumento do derrame, persistindo boa função ventricular. Realizou toracocentese, com aspiração de líquido compatível com um exsudado. Foi medicada com antibioterapia de largo espectro (21 dias de vancomicina e 11 dias de cefotaxime), tendo ficado apirética a partir de D7. Repetiu ecocardiograma antes da alta hospitalar que foi normal, tendo sido medicada com prednisolona e AAS em ambulatório. Da investigação etiológica efectuada, apenas nas serologias víricas se demonstrou uma seroconversão para EBV, sendo os restantes exames negativos. Posteriormente, iniciou desmame do corticóide oral, tendo recidivado no contexto de síndrome viral. Após aumento transitório da dose, reiniciou redução progressiva do corticóide, encontrando-se actual-

mente assintomática. **Discussão:** A pericardite vírica é geralmente uma patologia benigna e com resolução espontânea em 3-4 semanas. Este caso é elucidativo de como uma evolução menos comum pode causar problemas importantes de diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: pericardite aguda, derrame pericárdico.

PD61- Síncopes de etiologia cardiovascular em Pediatria – um desafio diagnóstico

Maria Teresa Dionísio, Paula Martins, Marta António, António Pires, Graça Sousa, Isabel Santos, Ana Mota, Eduardo Castela
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A síncope define-se como a perda súbita e transitória da consciência e tónus postural, com recuperação espontânea e sem sequelas neurológicas. O seu diagnóstico diferencial constitui um desafio para o clínico. É habitualmente benigna (síncope neurocardiogénica ou vaso-vagal), no entanto pode ser um sintoma premonitório de morte súbita, quando associada a cardiopatia quer congénita quer adquirida, sendo a sua exclusão mandatória. A fim de ilustrar a diversidade etiológica cardiovascular desta entidade, os autores descrevem quatro casos clínicos. **Descrição dos casos clínicos:** Caso 1: Adolescente de 11 anos com episódio inaugural de síncope após mergulho na piscina. O electrocardiograma (ECG) revelou intervalo QT corrigido prolongado para a frequência cardíaca de base (480ms). Diagnosticada Síndrome de QT Longo. Ecocardiograficamente, sem cardiopatia estrutural. Medicada com betabloqueante, estando assintomática. O estudo molecular identificou três mutações para LQT1, LQT2 e LQT5. O estudo familiar foi positivo, revelando duas mutações na mãe. Caso 2: Adolescente de 11 anos enviado à consulta por síncopes de repetição. Antecedentes familiares de Miocardiopatia Hipertrófica (MCH) confirmada por estudo molecular. Da investigação efectuada, destacava-se padrão de pseudoenfarte no ECG e ecocardiograficamente padrão de miocardiopatia hipertrófica obstrutiva. Foi colocada a hipótese diagnóstica de MCH Familiar, aguardando estudo genético. Medicado com betabloqueante, estando actualmente sem queixas. Caso 3: Criança de 4 anos em que, na sequência de síncope, insuficiência cardíaca e cianose, foi feito o diagnóstico de Hipertensão Arterial Pulmonar idiopática. Dos exames efectuados evidenciava-se estudo hemodinâmico com prova de vasorreatividade da árvore vascular pulmonar negativa. Melhoria clínica sob terapêutica combinada com antagonista do receptor da endotelina e análogo da prostaciclina. Caso 4: Adolescente de 11 anos com episódios de síncope diários em contexto de ansiedade, precedidos de pródromos, desde os 9 anos. Da investigação realizada, destacava-se Teste de Inclinação Ortostática (TILT) positivo com resposta cardioinibitória sem assistolia. Diagnosticada síncope neurocardiogénica. Boa evolução com medidas conservadoras. **Discussão:** Apesar da etiologia mais frequente da síncope ser benigna e auto-limitada (síncope neurocardiogénica), é importante o despiste de patologia cardiovascular pela sua associação à morte súbita.

Palavras-chave: Síncope, cardiovascular, morte súbita, neurocardiogénica

Área Científica - Cuidados Intensivos**PD62- “Não há doenças, há doentes...”**

Ana Sofia Simões¹, Margarida Rosal Gonçalves², Pedro Garcia³, Rita Silva³, Orquídea Freitas³, Isabel Fernandes³, Lurdes Ventura³, Deolinda Barata³

1- Hospital de Reynaldo dos Santos, 2- Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal EPE, 3- Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central EPE

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) na criança é em muitos aspectos diferente do descrito no adulto. A causa é definida em cerca de 75% dos casos, sendo a anemia das células falciformes a etiologia mais frequente na criança de raça negra. O interesse deste caso clínico reside na sua forma de apresentação pouco habitual. **Caso Clínico:** Criança de raça negra com 27 meses, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, admitida por quadro súbito de hemiparésia e disartria compatível com AVC. À entrada apresentava Glasgow 10, hemiparésia direita, parésia facial e palidez. A TAC cranio-encefálica revelou lesão isquémica extensa no território das artérias cerebrais média e posterior esquerdas. O ecocardiograma revelou hipertrofia ventricular esquerda ligeira, excluindo tumores ou trombos intracardíacos. Analiticamente apresentava anemia normocítica com Hb 7.9g/dL e Htc 23.8%, muitos drepanócitos de formação espontânea e Hbs 87.1%. A crian-

ça foi submetida a transfusão-permuta atingindo os objectivos esperados com meia volémia. **Conclusão:** O AVC como complicação da drepanocitose é mais frequente após os 5 anos de idade, quase sempre precedido de outras manifestações da doença. É geralmente isquémico abaixo dos 2 anos de idade e hemorrágico na criança mais velha. Esta doença é raramente silenciosa mas a gravidade das suas complicações poderá justificar um estudo da relação custo-benefício de um rastreio na população pediátrica de raça negra, residente em Portugal.

Palavras-chave: drepanocitose, acidente vascular cerebral, transfusão-permuta, rastreio

PD63- Síndrome de Lyell - A propósito de um caso clínico

Raul Martins¹, Ana M Queiroz², João B Pereira¹, Marisa Vieira¹, Manuela Correia¹, Gustavo Rodrigues¹

1- Hospital de Santa Maria, 2- Hospital Garcia de Orta

A Síndrome de Lyell ou Necrólise Epidérmica Tóxica, é uma entidade rara, de extrema gravidade, que apresenta elevada taxa de mortalidade. Caracteriza-se pelo aparecimento súbito de febre alta, sinais de toxicidade sistémica e esfoliação mucocutânea extensa. Corresponde ao espectro mais grave das reacções mucocutâneas, envolvendo mais de 30% da superfície corporal, o que a distingue da Síndrome de Stevens-Johnson. A síndrome está associada à administração de fármacos e mais raramente, a infecções. O seu tratamento inclui a suspensão de fármacos suspeitos e internamento precoce em Unidade de Queimados ou de Cuidados Intensivos (UCI). Os autores descrevem o caso de uma criança do sexo feminino de 2 anos e 11 meses, que 3 dias antes do internamento inicia febre e odinofagia, tendo sido medicada com amoxicilina e cetirizina por amigdalite. Nos dias seguintes houve agravamento clínico, com aparecimento de lesões maculopapulares na face, tronco e extremidade proximal dos membros. No dia do internamento surgiram flictenas e envolvimento das mucosas oral, conjuntival e perineal. Foi internada na UCIPed tendo-se verificado agravamento clínico rápido com polipneia, hipoxemia e choque necessitando de ventilação mecânica e suporte inotrópico. Perante a evolução das lesões foi colocada a hipótese de Síndrome de Lyell, pelo que iniciou em D1 gamaglobulina. Foi colocada em isolamento, com instituição de regras de assépsia rigorosas. Iniciou pensos das lesões cutâneas em dias alternados, tendo necessidade de sedação-analgésia agressiva com perfusão contínua de doses elevadas de midazolam e morfina, a que se associaram bólus de fentanil e propofol. Verificou-se estabilização hemodinâmica desde D2 de internamento e diminuição de progressão das lesões em D5. Necessitou de aportes hídricos até 250% das necessidades diárias devido às perdas importantes pela pele. Esteve ventilada até D17. Como complicação infecciosa teve sepsis a *Pseudomonas aeruginosa* em D10. Teve alta em D33. Como sequelas destaca-se simblefaron bilateral com evolução para úlcera de córnea bilateral, zonas de hipo e hiperpigmentação cutâneas nas áreas atingidas e lesões das mucosas em cicatrização. A investigação exaustiva sobre o desencadeante da doença não foi conclusiva. O desfecho favorável deste caso reflecte a importância da precocidade do diagnóstico, da abordagem multidisciplinar numa UCI e da capacidade de assegurar cuidados adequados a um doente cuja intervenção é similar ao grande queimado.

Palavras-chave: Lyell; necrólise epidérmica; queimados

PD64- Síndrome da criança abanada – um desafio diagnóstico.

Catarina Diamantino¹, Sara Silva², Gabriela Pereira², Sílvia Afonso², Sérgio Lamy², Lurdes Ventura², Deolinda Barata²

1- Hospital do Espírito Santo de Évora, 2- Hospital de Dona Estefânia

Descreve-se o caso de um lactente do sexo masculino, com 1 mês e 3 dias, primeiro filho de pais jovens ex-toxicod dependentes, com história de choro frequente (atribuível a cólicas) que, estando aparentemente bem, terá tido um episódio de apneia, palidez e hipotonia generalizada, com recuperação após “manobras de reanimação” efectuadas pelo pai. Pelo agravamento do quadro clínico, com aparecimento de movimentos anómalos e prostração, foi levado ao Serviço de Urgência do Hospital da área de residência, de onde foi encaminhado para um Serviço de Cardiologia Pediátrica por suspeita de taquicardia paroxística supraventricular. O ecocardiograma revelou disfunção ventricular esquerda significativa e o ECG, alterações da repolarização. Durante a observação cardiológica teve convulsão tónica generalizada com postura mantida em opistótonus, pelo que foi solicitada a transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, com hipótese diagnóstica de síndrome meníngeo e miocardite. À admissão, estava pálido, prostrado, com gemido, fontanela anterior hipertensa, sem sinais externos de traumatismo e

com ritmo de galope à auscultação. Analiticamente, tinha anemia, elevação das enzimas cardíacas, hiponatremia, sem parâmetros indirectos de infecção. Realizou TAC-CE que demonstrou a existência de múltiplos focos de contusão bifrontais, paramedianos, espessa lâmina de derrame subdural agudo fronto-basal direito e densidades hemáticas na fenda inter-hemisférica, e o exame oftalmológico revelou hemorragias retinianas dispersas por ambos pólos posteriores e periferia, em toalha e em chama de vela. A investigação realizada durante o internamento para esclarecimento da etiologia de hemorragia subdural associada a hemorragia retiniana e lesão cerebral difusa apoiaram o diagnóstico de síndrome da criança abanada. Esta síndrome representa um grande desafio diagnóstico para o pediatra. A clínica inespecífica e a história imprecisa exigem um elevado grau de suspeição e familiarização com dados clínicos e radiológicos, para a realização de um diagnóstico correcto. O reconhecimento precoce destes casos pode prevenir a sua evolução para quadros mais graves, por vezes irreversíveis.

Palavras-chave: criança abanada, hemorragia subdural, traumatismo craniano não accidental, maus tratos

PD65- O que acontece quando se retira um dreno torácico – Caso Clínico

Pedro Garcia¹, João Henriques², Vanda Pratas Vital³, Fernando Martelo³, João Estrada⁴, Deolinda Barata⁴

1- Hospital Dona Estefânia, 2- Serviço de Cirurgia Pediátrica -HDE, 3- Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica - Hosp Sta Marta, 4- UCIP - HDE

Introdução: As complicações na retirada de drenos torácicos são extremamente raras e incluem entre outras, pequenos pneumotorax residuais, enfisema subcutâneo, arritmias cardíacas e alterações vaso-vagais. A maioria destas complicações são de fácil resolução e raramente alteram o curso natural da terapêutica, no entanto em algumas situações podem resultar em verdadeiras emergências com risco de vida imediato. **Métodos:** Os autores apresentam um caso clínico de criança de 4 anos de idade, sexo feminino, internada no HDE por pneumonia necrotizante com empiema septado, submetida a “toilette” pleural por videotoroscopia sem complicações e sem necessidade de ventilação mecânica no pós-operatório. O 1º dreno torácico foi retirado ao 4º dia pós-operatório sem complicações, no entanto a retirada do 2º dreno torácico ao 7º dia foi complicada de enfisema subcutâneo extenso, exuberante e rapidamente progressivo. A TAC torácica revelou um pneumomediastino sob tensão condicionando compressão da via aérea e dissecação das estruturas vasculares do mediastino e do pescoço. Houve necessidade de intervenção com carácter de emergência pela cirurgia cardio-torácica com colocação de dreno mediastínico. Esta intervenção foi realizada apenas sob sedação com o objectivo de evitar a ventilação mecânica. A TAC de controle revelou área de necrose parenquimatosa com fistula bronco-alveolar sequestrar. A evolução foi favorável sem necessidade de reintervenção cirúrgica e retirada de dreno mediastínico sem complicações. **Discussão e Conclusão:** As complicações na retirada de drenos torácicos tal como descrito na literatura são raras, habitualmente muito precoces e raramente motivam alteração no curso habitual da terapêutica. Este caso pretende ilustrar uma evolução com gravidade pouco habitual, galopante e com necessidade de intervenção emergente pela compressão da via aérea e dissecação das estruturas vasculares do mediastino por ar ectópico.

Palavras-chave: Pneumomediastino Pneumonia necrotizante

PD66- Síndrome de Munchausen - A Propósito de um Caso Clínico

Catarina Almeida, Teresa Silva, Ana Cristina Ferreira, Mónica Pinto, Fátima Abreu, Orquídea Freitas, Margarida Santos, Rosalina Valente, Deolinda Barata Hospital D. Estefânia

Introdução: A Síndrome de Münchhausen por procuração é uma forma grave e potencialmente fatal de maus-tratos infantis. Caracteriza-se pela simulação ou indução de sintomas ou sinais de doença numa criança, conduzindo a procedimentos diagnósticos ou tratamentos desnecessários, levada a cabo por um familiar próximo da criança, geralmente a mãe, com o intuito de preencher necessidades psicológicas. **Caso Clínico:** Rapariga de 10 anos, com internamento anterior por ingestão de álcool e heparina (sic). Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por cansaço, dor torácica e dificuldade respiratória com 15 dias de evolução. Vinha acompanhada da mãe, portadora de relatório manuscrito de Cintigrafia Pulmonar sugestiva de tromboembolismo, que alertava para a necessidade de se administrar heparina à filha. Os exames objectivo e complementares foram normais. Após ter sido proposto internamento, ausentaram-se do SU. Verificou-se que os dados de identificação da criança eram falsos e, enquanto se efectuavam as diligências para o seu retorno ao SU, des-

cobriu-se que mãe e criança percorriam diversas unidades hospitalares já tendo sido sinalizada a situação à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens. A mãe regressa voluntariamente passadas 6 horas com a criança em coma e apresentando múltiplas equimoses. Quando confrontada com os factos, admitiu ter forjado o relatório de um exame que lhe pertencia, por estar convicta de que a filha tinha a mesma doença. Fez TAC-CE que foi normal e pesquisa de barbitúricos que foi positiva. A ecografia abdominal revelou conteúdo gástrico de aspecto estranho, tendo-se aspirado líquido de cor verde garrafa, após o que a criança recuperou a consciência. Internada na Unidade de Cuidados Intensivos onde permaneceu sempre assintomática. A mãe revelou-se muito ansiosa com um discurso preservante na preocupação de que a filha estava doente requisitando insistentemente exame diagnóstico e terapêutica. **Discussão:** A Síndrome de Münchausen por procuração é uma patologia rara e de difícil diagnóstico mas que deve ser sempre considerada numa criança com doença de características pouco habituais em que os exames complementares de diagnóstico não revelam alterações ou com uma resposta atípica aos tratamentos. Este caso reforça a importância da investigação profunda de qualquer situação que nos pareça estranha, uma vez que a detecção precoce desta patologia é crucial para protecção da criança, tendo em conta a elevada frequência de recidiva e mortalidade.

Palavras-chave: Munchausen, maus-tratos

Área Científica - Desenvolvimento

PD67- Trissomia 18, um caso de maior sobrevida

Sofia Fernandes Paupério¹, Andreia Leitão², Carmo Teixeira², Micaela Guardiano², Júlia Eça Guimarães³

1- Hospital de S. João, 2- Unidade de Desenvolvimento, Serviço de Pediatria, UAG-MC, Hospital de S. João, 3- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Unidade de Desenvolvimento, UAG-MC, Hospital de S. João

Descrita pela primeira vez por Edwards, a Trissomia 18 constitui a segunda trissomia autossómica mais comum, logo a seguir à Trissomia 21. Estima-se que a incidência seja de 1: 6500 a 8000 recém-nascidos, com um predomínio do sexo feminino. É caracterizada por atingimento multiorgânico, atraso psicomotor severo, má evolução estatura-ponderal, microcefalia, microftalmia, malformações dos pavilhões auriculares, micrognatia, microstomia, alterações dos dedos, entre outras. O prognóstico é muito reservado, com uma sobrevida média inferior a 1 ano, de acordo com estudos multicêntricos internacionais. Os autores descrevem o caso de uma criança do sexo feminino, portadora de Trissomia 18, actualmente com 7 anos de idade. Fruto de primeira gestação vigiada, mãe saudável com 27 anos de idade, com diagnóstico pré-natal de cardiopatia congénita e dilatação píelica; parto hospitalar, eutócico, às 36 semanas de gestação, com necessidade de reanimação e internamento, por dificuldade respiratória, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Apresentava sinais dismórficos sugestivos de Trissomia 18 confirmado por estudo genético. O quadro clínico incluiu: atraso grave do desenvolvimento psicomotor, com discretas aquisições intelectuais, a frequentar escola de ensino regular com apoio pedagógico individualizado e apoio de terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia. Por convulsões esteve medicada com fenobarbital entre os 2 meses e os 6 anos; atraso estatura-ponderal que condicionou a colocação de botão de gastrostomia aos 3 anos. O investimento familiar notável e a inserção num programa de intervenção pedagógico-terapêutico permitiu-lhe, para além de uma sobrevida inesperada, ser uma criança querida e integrada no meio familiar e escolar. Estima-se que cerca de 90% dos portadores de Trissomia 18 morram no primeiro ano de vida, embora haja casos descritos de sobrevida até à idade adulta. Pretende-se com este caso reforçar a importância da existência de uma abordagem multidisciplinar capaz de providenciar aos portadores de Trissomia 18 e às suas famílias, a melhor qualidade de vida possível.

Palavras-chave: Trissomia 18, Atraso psico-motor

PD68- Uma Doença - 3 diagnósticos precoces - 3 formas de apresentação

Andreia Leitão¹, Sofia Fernandes Paupério¹, Isabel Ruivo¹, Micaela Guardiano², Júlia Eça Guimarães³

1- UAG-MC, Hospital de S. João, 2- UAG-MC, Unidade de Desenvolvimento, Hospital de S. João, 3- UAG-MC, Unidade de Desenvolvimento, Hospital de S. João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: A síndrome de Angelman é uma doença neurogenética que se manifesta por atraso grave do desenvolvimento, epilepsia em mais de 90% dos

casos e um característico fenótipo comportamental. A idade média de diagnóstico é de cerca de 3,9 anos em estudos multicêntricos. **Casos Clínicos:** Apresentam-se 3 casos clínicos de crianças com síndrome de Angelman com idades compreendidas entre os 16 e os 24 meses, na altura do diagnóstico. Num dos casos a apresentação clínica foi muito precoce com hipotonia e trémulo aos 2 meses, outra criança manifestou alterações súbitas do tónus muscular e atraso psicomotor moderado no primeiro ano de vida, no terceiro caso clínico verificava-se ataxia e distonia em criança com imagiologia cerebral reveladora de hipoplasia do vérmix cerebeloso. O traçado electroencefalográfico revelou sempre alterações e todas as crianças manifestaram episódios convulsivos. As alterações do tónus muscular (distonia/ataxia) e o atraso psicomotor foram comuns em todas as crianças. O diagnóstico foi sempre confirmado por estudo molecular. Foi iniciada estimulação global precoce a par com terapêutica anti-convulsivante nas 3 crianças. **Discussão:** Nas alterações do neurodesenvolvimento é fundamental realizar uma correlação entre a idade de observação e o quadro clínico apresentado. Os autores apresentam três quadros de mesma entidade clínica – Síndrome de Angelman; diferentes na sua semiologia inicial mas semelhantes na evolução posterior. O conhecimento desta variabilidade permitiu a suspeita de diagnóstico com a realização de estudo molecular e aconselhamento genético atempado.

Palavras-chave: Síndrome de Angelman, distonia, epilepsia

PD69- Alterações do desenvolvimento/comportamento - variantes do normal ou patologia?

Sara Santos, Ana Marques, Sérgio Neves, Nuno Andrade, Joana Campos, Elisa Cardoso, Maria José Fernandes
Hospital São Teotónio EPE, Viseu

Introdução: Os problemas relacionados com o desenvolvimento e comportamento representam motivos cada vez mais frequentes de envio a uma consulta de Pediatria. **Objetivos:** Caracterizar a população referenciada à consulta de Pediatria Geral do Hospital de Viseu por alterações do desenvolvimento e/ou do comportamento, avaliando a adequação dessa referenciação, eventual relação da patologia com factores favorecedores e a orientação dada em consulta hospitalar. **Métodos:** Revisão dos processos de consulta externa das crianças e jovens enviados à consulta de Pediatria Geral, num período de 6 meses (1 de Outubro 2006 a 31 de Março 2007), por problemas do desenvolvimento e/ou do comportamento. **Resultados:** A suspeita de patologia do desenvolvimento/comportamento representou cerca de 15% dos motivos de envio à consulta de Pediatria Geral (n=114). A maioria era do sexo masculino (70%), de idade escolar (77%) e referenciada pelo médico de família (98%). O motivo mais frequente foi a suspeita de síndrome défice atenção e hiperactividade, seguido das dificuldades escolares e alterações do comportamento. O problema foi sinalizado em 52% dos casos pelos professores/educadores. Constatou-se uma elevada incidência de patologia social, bem como a presença de antecedentes familiares relevantes. Consideraram-se situações normais ou “variantes do normal” cerca de 36%. Foi confirmada patologia do desenvolvimento/comportamento em 64% dos casos observados, sendo o síndrome défice atenção e hiperactividade o diagnóstico mais frequente (30%), seguido das perturbações da linguagem (21%) e alterações do comportamento (18%). Cerca de 55% das crianças foi orientada para a consulta de Desenvolvimento. **Conclusões:** Factores prevalentes como o baixo nível sócio-cultural e a presença de patologia em familiares estão associados aos problemas de desenvolvimento/comportamento identificados nesta população. O estudo revela a necessidade de melhorar o conhecimento dos temas da área da Pediatria do Desenvolvimento a nível dos Cuidados Primários, já que cerca de um terço das crianças enviadas era saudável.

Palavras-chave: pediatria do desenvolvimento, variantes do normal

PD70- Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento - Caracterização das crianças seguidas numa Consulta de Desenvolvimento

Ana Flores Lopes, Helena Santos, Susana Aires Pereira
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia /Espinho EPE

Introdução: As Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento (PPD) caracterizam-se por défice nas capacidades de comunicação e de interacção social e pela presença de interesses e actividades repetitivos e estereotipados. Nas últimas décadas, tem-se registado um aumento no número de diagnósticos realizados. **Objetivos:** Caracterização da população de crianças seguidas na Consulta de Desenvolvimento com o diagnóstico de PPD. **Métodos:** Estudo retrospectivo, pela análise dos processos clínicos das crianças englobadas. **Resultados:** 47 crianças têm o diagnóstico de PPD, correspondendo a 8% da totalidade das

crianças seguidas. 59% foram observadas na primeira consulta antes dos 36M de idade, sendo a média de 40M. 35% foram referenciadas por suspeita de PPD e 30% por atraso na linguagem. Os diagnósticos clínicos estabelecidos, de acordo com os critérios DSM IV, foram: Perturbação Autista (17), S. Asperger (10), S. Rett (4), PPD –NOS (11). 5 das crianças encontram-se ainda em estudo. Das crianças com P. Autista, 10 possuem autismo ligeiro a moderado. Estabeleceu-se um diagnóstico etiológico em 5 casos (infecção congénita por CMV, S. X-frágil, mutação MecP2). Relativamente ao nível de DPM, 40% das crianças com P. Autista têm atraso moderado ou grave; o mesmo acontece com apenas 18% das crianças com PPD-NOS. As co-morbilidades são mais prevalentes na P. Autista do que nas restantes (70% vs 50%), sendo mais frequentes a hiperactividade e as alterações do sono. As crianças autistas foram mais frequentemente medicadas (65% vs 42%), sendo o fármaco mais utilizado a risperidona. Todas as crianças tiveram apoio psicoterapêutico, terapia da fala e/ou terapia ocupacional. 67% das crianças dispõem de apoio do ensino especial. **Conclusões:** Apesar de a maioria das crianças ter sido referenciada antes dos 36 meses, a média das idades foi bastante superior ao que é referido em publicações semelhantes. Da mesma forma, apenas 35% foi encaminhada especificamente por algum indicador de PPD, o que reflecte o trabalho ainda por fazer na área da sensibilização dos profissionais para esta problemática. Como seria de esperar, as crianças com autismo típico apresentam um nível de DPM em média mais baixo do que as restantes, a par de uma maior prevalência de co-morbilidades e necessidade de terapêutica medicamentosa, reflectindo a maior gravidade desta situação. Todas as crianças foram orientadas para intervenção específica tendo, de modo geral, recebido os apoios de que necessitaram.

Palavras-chave: Perturbações Pervasivas Desenvolvimento, autismo

PD71- Dislexia: a experiência de uma consulta de desenvolvimento

Helena Santos, Ana Lopes, Teresa Ferreira, Susana Aires Pereira
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Introdução: A dislexia é uma perturbação específica da aprendizagem que se manifesta pela dificuldade em aprender a ler, apesar do ensino ser convencional, a inteligência adequada e as oportunidades socioculturais suficientes. Atinge cerca de 10% das crianças em idade escolar, obrigando à instituição de apoios específicos para ultrapassar as dificuldades que condiciona. Em Portugal é ainda uma realidade pouco caracterizada. **Objetivos:** Caracterização da amostra de crianças seguidas na consulta de desenvolvimento com o diagnóstico de dislexia. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo efectuado por análise dos processos das crianças com diagnóstico de dislexia realizado entre os anos de 2002 e 2007. Seleccionadas crianças que preenchiam os critérios de DSM-IV para dislexia. Foram recolhidos os seguintes dados: sexo, idade e motivo de referência à consulta, antecedentes relevantes, comorbilidades e intervenções específicas. **Resultados:** Foram identificadas 27 crianças com dislexia, 16 do sexo masculino. Subdividiam-se em 2 grupos, de acordo com o motivo de referência à consulta. Grupo 1 - 10 crianças (8 rapazes) referenciadas à consulta por atraso da linguagem/atraso global ligeiro; tinham mediana de 4 anos na 1ª consulta; 4 tinham tido intervenções prévias. Na altura do diagnóstico de dislexia apresentavam como comorbilidades predominantes perturbação de linguagem (8) e alterações do comportamento (5). Grupo 2 - 17 crianças (8 rapazes) referenciadas por dificuldades de aprendizagem, com uma mediana de idades de 8 anos; 3 tinham tido previamente apoio do ensino especial; a perturbação de hiperactividade com défice de atenção do tipo misto (7) ou inatento (4) e outras alterações do comportamento (8) dominavam o espectro de comorbilidades. Nos antecedentes familiares destaca-se a presença de dificuldades de aprendizagem na maioria dos casos do grupo 2 e de perturbações da linguagem em 25% dos casos do grupo 1. Doze crianças estavam medicadas com metilfenidato, e 4 com neuroléptico. Verificou-se dificuldade de conseguir apoio e terapias específicas mesmo após indicação formal. **Conclusão:** Destacam-se deste estudo a grande frequência de comorbilidades que potenciam as dificuldades inerentes à dislexia, como o descrito na literatura. Verificou-se baixa frequência de apoios antes da orientação para a consulta. Esta observação é consistente com a dificuldade observada na consulta para conseguir os mesmos apoios.

Palavras-chave: Dislexia, linguagem, comorbilidades, desenvolvimento

PD72- Síndrome de Rubinstein-Taybi: casos iguais, realidades diferentes

Dária Rezende¹, Maria Manuel Lopes²
1- Hospital de São Marcos, Braga, 2- ULS de Matosinhos / Hospital Pedro Hispano

O Síndrome de Rubinstein-Taybi (SRT) é uma patologia rara, cujo diagnóstico é clínico. Caracterizada por fácies peculiar, microcefalia, polegares e halux

malformados, cardiopatias, atraso de crescimento, alterações oftalmológicas, atraso mental. Alterações citogenéticas/moleculares podem ser detectadas em cerca de 55% dos casos. Apresentam-se dois rapazes portadores de SRT, ambos com cariótipo e estudo molecular normais. JL, 11 anos e 8 meses, seguido desde os 5 meses por síndrome dismórfica, microcefalia, atraso de desenvolvimento psicomotor (DPM) e estatura-ponderal (EP). Apresentava dismorfias faciais características de SRT e torcicolo. Iniciou Intervenção Precoce aos 10 meses (1 vez/semana). Aos 12 meses pelo Teste Griffiths DPM para 6 meses e aos 23 meses DPM para 9/10 meses (piores áreas - linguagem e motricidade fina). Adquiriu marcha autónoma aos 28 meses. Frequentou infantário desde os 34 meses. Aos 4 anos sem linguagem, pouco colaborante, com maneirismos e estereotípias. Em sala de Apoio Permanente e Terapia da Fala desde os 7 anos e 6 meses. Actualmente grave atraso DPM, mantendo-se sem linguagem e sem controlo esfinterianos. Medicado com risperidona para controlo de grave agitação psicomotora, que impossibilita a avaliação cognitiva. FL, 7 anos e 7 meses. Glaucoma congénito grave com 1 mês de vida. Seguido desde os 4 meses por síndrome dismórfica, atraso de DPM, má evolução EP. Apresentava dismorfias faciais características de SRT, polegares largos e achatados, hipotonia generalizada, criptoquidia bilateral. Iniciou Intervenção Precoce (4 vezes/semana) e fisioterapia. Aos 9 meses Teste Griffiths com idade mental de 7,4 meses (grandes progressos a nível motor). Aos 18 meses iniciou Terapia da Fala e ingressou em infantário. Pais e irmã muito estimulantes. Aos 24 meses Teste Griffiths com coeficiente de desenvolvimento (QD) de 64. Adquiriu marcha autónoma aos 25 meses. Aos 5 anos iniciou ginástica, natação e musicoterapia. Ingressou no 1º ano do ensino básico aos 6 anos e 8 meses. Reavaliado DPM aos 7 anos e 6 meses com QD de 63 e idade mental de 5 anos (melhores áreas - linguagem e raciocínio), muito sociável e colaborante. Estes dois casos ilustram por comparação que a mesma patologia não implica forçosamente a mesma evolução e o mesmo prognóstico. A intervenção multidisciplinar precoce associada à estimulação e apoio aos pais para um trabalho continuado podem alterar o curso previsto, não sendo apenas a genética a decidir o caminho.

Palavras-chave: RUBINSTEIN-TAYBI; teste de Griffiths

PD73- Comportamento Infantil: mimos, birras e afins...

Cristina Pereira¹, Paula Neto², Lúvia Fernandes³

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Centro Hospitalar Caldas da Rainha, 3- Centro de Saúde São Martinho do Bispo

Introdução: O Pediatra é muitas vezes questionado acerca de como actuar perante uma criança com acordares nocturnos ou birras. São problemas comuns, mas exigem muita atenção dos pais. Sem informação adequada a família pode sentir-se desmotivada e o desenvolvimento da criança comprometido. **Objectivo:** Caracterizar uma população de crianças quanto ao comportamento e sua relação com variáveis da família e ainda com a atitude dos pais perante o primeiro. **Material e Métodos:** Foi efectuado um estudo transversal, através do preenchimento de dois inquéritos destinados a crianças de grupos etários diferentes: um dos 4 aos 12 meses para analisar transtornos regulatórios; outro dos 4 aos 6 anos para avaliar distúrbios de oposição. A associação estatística foi efectuada usando o SPSS versão 16.0, definindo-se como significativos valores de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram analisados 136 inquéritos. No primeiro grupo, crianças dos 4 aos 12 meses, foram analisadas 53 crianças sem predomínio de sexos. Quarenta % frequentavam creche; os restantes permaneciam com a mãe/familiar. Verificou-se que 72% eram alimentados durante a noite. Apenas 7,5% choravam de noite sem noção de fome. Os lactentes que ficavam de dia com a mãe/familiar foram mais vezes alimentados de noite relativamente aos que frequentavam creche ($p > 0,05$). Todas as mães com antecedentes de depressão alimentavam os seus filhos durante a noite. Quanto maior foi o envolvimento dos pais no acordar nocturno mais vezes o lactente foi alimentado ($p < 0,05$). No grupo das crianças dos 4 aos 6 anos, foram analisados 83 inquéritos, com 60% do sexo masculino. Das crianças estudadas, 65% apresentavam birras e destas a maioria manifestavam-se por gritos (43%) ou choro incontrolável (41%). Na grande maioria dos casos (80%) os pais reagiam ao comportamento indesejado com explicação. Verificou-se mais comportamento de oposição em crianças que se relacionavam pior com os irmãos. Filhos de mães depressivas e de pais separados apresentaram mais birras ($p > 0,05$). Dezoito % dos pais consideraram o temperamento do seu filho difícil. **Conclusão:** A maioria dos lactentes dos 4 aos 12 meses ainda são alimentados durante a noite, comportamento reforçado pela atitude parental perante o acordar nocturno. Apesar de mais de metade das crianças dos 4 aos 6 anos apresentarem comportamentos de oposição, poucos pais consideraram o temperamento dos seus filhos difícil. Crianças oriundas de famílias disfuncionais tiveram mais comportamentos indesejados.

Palavras-chave: mimos, birras, comportamento infantil

PD74- Perturbação do espectro do autismo: a realidade do Algarve

Cláudia Calado, Andreia Pereira, Eliane Cruz, Luís Gonçalves, Raquel Medeiros, Isabel Rodrigues
Hospital Central de Faro

Introdução: O espectro do autismo engloba doenças do neurodesenvolvimento caracterizadas pela tríade: défice na interação social, défice de competências na comunicação e presença de comportamentos e interesses restritos e estereotipados. Diferenças na expressão fenotípica permitem classificar várias doenças de entre o grupo. **Objectivos:** Caracterização clínica dos casos de perturbação do espectro do autismo seguidos no Centro de Desenvolvimento Infantil. **Métodos e Resultados:** Análise descritiva retrospectiva dos processos clínicos das crianças com perturbação do espectro do autismo seguidas no Hospital Central de Faro no período entre 1981 e Agosto de 2008. **Resultados:** Foram revistos os processos de 81 crianças, com significativo predomínio do sexo masculino (4,8:1). 48,1% das crianças tinha antecedentes familiares de doença neuropsiquiátrica e 19,8% antecedentes de complicações neonatais. Foram identificados como perturbação autística (PA) 29 casos (35,8%) e como síndrome de Asperger (SA) 39 casos (48,1%); para os restantes, pela idade e seguimento recente, não foram ainda diferenciados subgrupos. A idade de percepção de doença pelos prestadores de cuidados foi mais tardia na SA (23,9±17,3 meses) que na PA (14,2±9,6 meses). A primeira palavra foi mais precoce na SA (20,9±9,7 meses) que na PA (31,8±27,2 meses); até à data do estudo, 20,6% das crianças com idade superior ou igual a 4 anos não verbaliza. A literacia foi também mais precoce na SA (5,9±1,4 anos versus 7,8±2,3 anos). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os subgrupos para a ocorrência de estereotípias. O controlo diurno do esfíncter urinário foi mais precoce na SA que na PA (3,3±1,2 anos versus 5,1±3,7 anos). As avaliações psicológicas revelaram melhor função na SA (Griffiths 76,1±12,7; WISC 83,5±17,6) que na PA (Griffiths 58,2±19,3; WISC 44,5±10,6). No grupo da PA houve maior prevalência de alterações no EEG (76,9% face a 42,9%) e na RMN-CE (61,9% face a 24,0%). Foi prescrita medicação (metilfenidato e/ou risperidona) em 29,6% crianças por co-morbilidades associadas (perturbação de hiperactividade e défice de atenção e/ou comportamentos agressivos). **Conclusão:** É grande a variabilidade do grau de compromisso social, funcional e cognitivo das doenças do espectro do autismo. O conhecimento do quadro clínico e um elevado grau de suspeição são necessários para um precoce diagnóstico e definição de estratégias terapêuticas atempadas e adequadas às diferentes etapas da vida.

Palavras-chave: autismo, asperger

PD75- Consulta de desenvolvimento - motivo de referência

Catarina Nascimento, Rosa Gouveia, Manuela Baptista
Hospital de Santa Maria

A Consulta de Desenvolvimento do Departamento da Criança e da Família do HSM é uma Consulta de referência. São observadas e acompanhadas crianças com patologia do desenvolvimento ou em risco de a adquirir, residentes na área de influência do Hospital. O objectivo do estudo foi analisar os motivos e a idade de referência à primeira consulta, a concordância ou não com a suspeita diagnóstica de perturbação do desenvolvimento, o tempo de espera para a consulta e o plano de intervenção. Realizou-se uma análise retrospectiva dos processos clínicos das primeiras consultas de desenvolvimento realizadas entre 1 de janeiro e 31 de julho de 2008. Foram excluídas as crianças referenciadas por factores de risco perinatais. Durante o período do estudo foram realizadas 824 consultas, das quais 160 (19,4%) primeiras consultas. Excluímos as 45 crianças referenciadas por factores de risco perinatais. Na nossa amostra (n=115), 80 (69,6%) são do sexo masculino e 35 (30,4%) do sexo feminino. A idade média à data da primeira consulta foi de 42 meses. A idade média à data da referência foi de 33 meses, com um tempo de espera médio para consulta de 5,4 meses. A referência foi feita em 47 casos (40,9%) pelo médico assistente, 23% pela consulta de pediatria do HSM, 17,4% por outras consultas do HSM e em 9,6% por serviços de Educação. Os principais motivos de referência foram: 44 (38,3%) Atraso da Fala, 28 (24,3%) Atraso Desenvolvimento Psicomotor/ADPM e 8 (7%) Perturbação de Déficit de Atenção e Hiperactividade. Os principais diagnósticos foram: Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem 30 (26,1%), ADPM / Déficit Cognitivo 26 (22,6%), Perturbação do Espectro do Autismo 20 (17,4%), sem perturbação do desenvolvimento 20 (17,4%) e Perturbação de Déficit de Atenção 8 (6,9%). O plano estabelecido abrange várias áreas de intervenção e avaliação: 50(45,45%) terapia da fala, 47 (42,7%) psicologia do desenvolvimento, 40 (36,4%) apoio educativo para programa de desenvolvimento curricular adaptado, 14 (12,7%) otorrinolaringologia e 10 (9,1) fisioterapia, entre outras. O principal motivo de referência foi “Atraso da Fala”. Muitas destas crianças tinham Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem. ADPM / Déficit Cognitivo e Perturbação do Espectro do Autismo. Realça-se a necessidade de uma observação o mais precoce possível pela Pediatria do Desenvolvimento de modo a estabelecer um diagnóstico correcto e conseqüente plano de intervenção.

Palavras-chave: Perturbação do Desenvolvimento, referência

Área Científica - Doenças Metabólicas**PD76- Leucinoses, follow-up de 7 doentes.**

Anabela Bandeira, Ermelinda Silva, Clara Barbot, Esmeralda Martins
Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A leucinoze é uma doença rara, autossómica recessiva, do metabolismo das proteínas. A instituição atempada das medidas dietéticas e farmacológicas permitem a diminuição rápida do valor sérico de leucina, permitindo um melhor prognóstico neurológico. **Objectivo:** Analisar os dados clínicos e analíticos, assim como o follow-up das crianças e adolescentes com leucinoze em seguimento na consulta de Doenças Metabólicas. **Resultados:** Os autores apresentam 7 casos de leucinoze, com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos, 4 dos quais do sexo masculino. Dois casos tiveram uma forma de apresentação tardia (distonia e ataxia episódicas). Nas formas de apresentação neonatal, a clínica mais frequente cursou com recusa alimentar, irritabilidade e hipotonia; um dos casos apresentou convulsões neonatais. O diagnóstico foi estabelecido entre os 8 dias de vida e os 2 meses. O valor de leucina variou entre 1700 e os 3300 $\mu\text{mol/L}$ ao diagnóstico, tendo demorado entre 3 a 10 dias a baixar para valores inferiores a 400 $\mu\text{mol/L}$. Dois casos necessitaram de diálise peritoneal para controlo metabólico e um deles necessitou de hemodiafiltração. O número de internamentos por descompensação variou entre 2 a 3 por ano, sendo mais frequente nos primeiros 3 anos de vida. Todos os casos apresentaram um controlo metabólico adequado, com valores médios de leucina estáveis e crescimento estatura-ponderal regular. Todos os casos foram confirmados com estudo enzimático e genético. O tempo médio de follow up foi de 10 anos. **Comentários:** Quase todas as formas clássicas de apresentação de leucinoze, diagnosticada no período neonatal, apresentaram um curso benigno. A média de idades ao diagnóstico é concordante com outros estudos, assim como a demora média para controlar os valores de leucina sérica. Verificou-se um crescimento e desenvolvimento adequados, excepto no caso em que o diagnóstico foi mais tardio (atraso do desenvolvimento). Verificou-se dois episódios de descompensação grave. Um controlo metabólico satisfatório foi alcançado em todos os doentes. As formas tardias apresentaram um bom controlo sintomático com a instituição de terapêutica. O seguimento de crianças com leucinoze exige um tratamento agressivo na fase inicial e nas descompensações, uma monitorização dos aminoácidos ramificados e das concentrações séricas de leucina de forma a permitir um crescimento estatura-ponderal harmonioso e um desenvolvimento psico-motor adequado à idade.

Palavras-chave: Leucinoze; Follow-up

PD77- Obstipação no Serviço de Urgência - que diagnóstico?

Manuel Oliveira¹, Márcia Gonçalves¹, Carla Meireles¹, Delfina Coelho¹, Cristina Dias², Lúcia Lacerda², Esmeralda Martins³, Ana Paula Fernandes¹
Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, 2- Centro de Genética Médica Jacinto Magalhães – INSA – Porto, 3- Centro Hospitalar do Porto – Hospital Maria Pia

Introdução: Obstipação é um dos motivos mais frequentes de consulta em Pediatria Geral. Embora geralmente seja um distúrbio funcional, existem causas estruturais, neurológicas, miopáticas, auto-ímunes, endocrinológicas e metabólicas. Uma história clínica e exame objectivo cuidadosos devem ser executados por rotina, para que patologias menos óbvias não sejam esquecidas. **Caso Clínico:** Criança do sexo feminino, 5 anos de idade, primeira filha de pais jovens não consanguíneos. Antecedentes de atraso do desenvolvimento psicomotor e dificuldades de aprendizagem, síndrome de apneia obstrutiva do sono e amigdalites de repetição que motivaram cirurgia aos quatro anos. Recorre ao Serviço de Urgência (SU) por encoprese em contexto de obstipação crónica. Objectivamente era evidente baixa estatura, limitação da mobilidade articular nos membros superiores, fácies grosseira, macrocefalia, pescoço curto, pectus excavatum, sopro sistólico, distensão abdominal com fígado e baço palpáveis. Ficou internada para esclarecimento etiológico. O

estudo analítico não mostrou alterações. A ecografia abdominal com doppler revelou ligeira hepatosplenomegalia homogénea. Os achados fenotípicos eram sugestivos de sobrecarga lisossómica pelo que foi solicitado o doseamento urinário de glicosaminoglicanos (GAGs). A excreção aumentada de GAGs com perfil compatível com Mucopolissacaridose tipo I (MPS I) e o estudo enzimático confirmaram défice de actividade da α -L-iduronidase. O estudo molecular mostrou a presença da mutação causal p.P533R no gene IDUA. Foi orientada para consulta de Doenças Metabólicas, tendo iniciado terapêutica enzimática de substituição com melhoria das limitações articulares, da obstrução das vias aéreas superiores e das organomegalias. Mantém seguimento multidisciplinar em consultas de especialidade. Os pais foram orientados para consulta de aconselhamento genético, tendo iniciado uma gravidez cujo diagnóstico pré-natal excluiu a presença da doença no feto. **Conclusão:** Os autores pretendem reforçar a importância de uma boa anamnese e exame objectivo como regras de boa prática clínica. Neste caso, um motivo inespecífico de vinda ao SU e um exame físico pormenorizados, permitiram iniciar uma investigação dirigida e estabelecer o diagnóstico de MPS I.

Palavras-chave: Obstipação, Mucopolissacaridose, Fácies grosseira, Aconselhamento genético

PD78- Má evolução estatura-ponderal: exaustão de diagnósticos

Patricia Nascimento¹, Helena Mansilha¹, Clara Barbot¹, Anabela Bandeira², Cristina Garrido³, Maria do Carmo Santos¹, Esmeralda Martins¹

1- Centro Hospitalar do Porto - Unidade Hospitalar Maria Pia, 2- Centro Hospitalar do Porto - Unidade Hospitalar Santo António, 3- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo

Introdução: A má evolução estatura-ponderal (MEEP) é um motivo frequente de referência à consulta de Pediatria. As etiologias são múltiplas e variadas envolvendo perturbações da ingestão calórica, da absorção dos nutrientes, aumento das necessidades energéticas ou defeitos na utilização dos nutrientes. A sintomatologia da doença de base pode ser discreta ou inexistente e a MEEP pode ser o único sinal. **Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança do sexo feminino, aparentemente saudável até os 3 anos, altura em, que na sequência de gastroenterite aguda, inicia anorexia. Aos 4,5 anos detectada MEEP, com peso e estatura abaixo do percentil 5, presente desde os 3 anos. Nessa altura efectuado: hemograma, bioquímica alargada, cortisol sérico, ACTH, serologia HIV, factor reumatóide e ANA's, função tiroideia, prova de suor, prova D- xilose, imunoglobulinas séricas, α 1- antitripsina, anticorpos anti-gliadina, urina de 24h, radiografia pulmonar e ecografia abdominal, que não revelou alterações. Com 5 anos foi referenciada à consulta de pedopsiquiatria por suspeita de perturbação do comportamento alimentar. Seis meses depois observada em gastroenterologia. Detectada malnutrição crónica grave (IMC: 12,6 Kg/m²). Efectuou: hemograma, VS, bioquímica alargada, urina de 24h, EAB, imunoglobulinas séricas, RAST PLV, IGF1 e IGFBP3, PTH, insulina, doseamento de ácido vanilmandélico e homovanílico, ecografia renoplevica, endoscopia digestiva alta e baixa, biópsia jejunal, serologia HIV, ECG e ecocardiograma que não revelou alterações. O estudo metabólico efectuado mostrou ligeiro aumento do lactato e alanina plasmática. No seguimento constatada ptose palpebral bilateral e face pouco expressiva, levantando-se a hipótese de citopatia mitocondrial. Diagnóstico confirmado, aos 8 anos, pelo estudo histológico (presença de fibras vermelhas rasgadas) e enzimático (défice do complexo IV) efectuado em biópsia de músculo. A avaliação dos órgãos alvo, revelou compromisso da acuidade visual e surdez neurosensorial. **Discussão:** As citopatias mitocondriais são doenças hereditárias do metabolismo energético, com clínica variável e heterogenia de atingimento multissistémico. A MEEP frequente nas crianças com esta patologia, pode surgir como apresentação monossintomática. Os autores apresentam este caso clínico para salientar a dificuldade que por vezes existe no estabelecimento de um diagnóstico para MEEP e alertar para a necessidade de pensar em causas menos comuns.

Palavras-chave: citopatia mitocondrial, citocromo C oxidase, anorexia, má evolução estatura-ponderal

PD79- Doenças Hereditárias do Metabolismo na Maternidade Bissaya Barreto - Experiência de 20 anos

Sandra Mesquita¹, Rita Cardoso², Miguel Branco³, Gabriela Mimoso², Luisa Diogo⁴

1- Maternidade Bissaya Barreto, 2- Serviço de Neonatologia - Maternidade Bissaya Barreto, 3- Equipa do Diagnóstico Pré-natal - Maternidade Bissaya Barreto, 4- Consulta de Doenças Metabólicas - Hospital Pediátrico Coimbra

Introdução: As Doenças Hereditárias do Metabolismo (DHM) são causadas por alterações bioquímicas de origem genética que modificam a

estrutura e/ou função de proteínas intervenientes no metabolismo. Apesar de individualmente raras (doenças órfãs), o seu elevado número, com a contínua descrição de novas entidades e uma maior divulgação, tornam-nas relativamente frequentes. **Objectivos:** Caracterizar os casos de DHM registados na Maternidade Bissaya Barreto (MBB), entre 1988 e 2007. Conhecer a clínica de apresentação e evolução. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos. Na grávida analisaram-se, entre outros, os antecedentes, o diagnóstico pré-natal (DPN) e interrupção médica da gravidez (IMG). No recém-nascido estudou-se: a clínica, diagnóstico e evolução. **Resultados:** Foram identificados 36 casos de DHM, sendo 20 (56%) do sexo feminino. Tiveram DPN 10 casos (28%), dos quais 5 foram submetidos a IMG e ocorreu 1 morte fetal. Dos 30 nados-vivos, 2 faleceram na sala de partos (tinham DPN). A incidência foi de 1/1700 nascimentos. A maioria nasceu na MBB (77%). O parto foi por cesariana em 13% e a prematuridade foi de 23%. Doze (40%) nado-vivos foram reanimados, quatro deles com entubação traqueal. As manifestações iniciais mais frequentes foram: alterações do tónus 90%; dificuldade respiratória/apneias 67%; dificuldades alimentares 70%; convulsões 40%; coma 27%; perda de peso/desidratação 23%; e hepato/esplenomegalia 20%. Todos tiveram apresentação neonatal (NN), a maioria (57%) no primeiro dia de vida. Em apenas 2 casos o diagnóstico foi feito depois do período NN. A mortalidade global foi 75% (27). Dos nado-vivos, 15 (50%) faleceram no período NN (1^o-25^o dia) e 6 (20%) posteriormente (1-39 meses). Os 9 sobreviventes (4 com Galactosémia), têm uma idade média de 15 anos (7-20 anos) e as suas principais sequelas são: dificuldades de aprendizagem/atraso mental (44%), má evolução estatural e ponderal (33%), alterações do tónus muscular (22%) e epilepsia (22%). **Comentários:** Com a melhoria dos cuidados perinatais, um melhor conhecimento e uma maior capacidade de diagnóstico das DHM, houve um aumento da sua frequência relativa. A taxa de mortalidade das DHM de manifestação pré-natal ou NN precoce é muito elevada. É importante considerar a hipótese de DHM em casos de doença grave ou morte NN, de forma a permitir um adequado aconselhamento genético.

Palavras-chave: Doenças Hereditárias Metabolismo Neonatal

PD80- Febre e Urina Vermelha: porque não pensar em porfíria?

Helena Santos¹, Esmeralda Rodrigues², Maria José Melo³, Teresa Serra⁴, Elisa Leão Teles²

1- Hospital de S. João, Porto, 2- Unidade de Doenças Metabólicas, Serviço de Pediatria, Hospital de S. João, Porto, 3- Instituição de Apoio Social, 4- Laboratório de Bioquímica, Patologia Clínica, Hospital de São João

Introdução: As porfirias são um grupo de patologias condicionadas por deficiências das várias enzimas da biossíntese do grupo Heme. Caracterizam-se pela acumulação e excreção de metabolitos intermediários desta via. Podem manifestar-se por lesões cutâneas por fotossensibilização, sintomas neuropsiquiátricos ou abdominais. Existem 9 formas de porfirias, classificadas segundo as suas manifestações e enzimas afectadas. **Caso Clínico:** Criança de 28 meses, residente em instituição de apoio social, orientada para a consulta de Doenças Metabólicas por episódios recorrentes de urina vermelha desde os 13 meses. Filha única de pais jovens e consanguíneos (irmãos), não apresentando outros antecedentes pessoais de relevo. Estes episódios eram coincidentes com períodos febris ou infecções víricas minor; a observação pela médica assistente nestes episódios excluiu ingestão de fármacos ou alimentos suspeitos, assim como a presença de infecção urinária. A fita teste urinária realizada em crise foi sempre negativa para eritrócitos, nitritos, leucócitos, hemoglobina ou urobilinogénio. O exame objectivo, realizado na nossa consulta, revelou discreta hipertricose facial e soluções de continuidade cutâneas de base eritematosa, localizadas na face e mãos. A presença de urina vermelha associada a lesões cutâneas em áreas fotoexpostas foi sugestiva de uma variante cutânea de porfíria. A avaliação complementar inicial registou aumento das transaminases; a pesquisa de metabolitos intermediários da via do heme na urina revelou presença de porfirinas totais, coproporfirinas e uroporfirinas muito aumentadas. O diagnóstico clínico foi confirmado por caracterização molecular - mutação p.P62L do gene UROD em homozigotia - afirmando o diagnóstico de Porfíria Hematoeritropeoiética. **Comentários:** Este caso destaca a importância da inclusão da etiologia metabólica no diagnóstico diferencial de quadros clínicos comuns. Perante um quadro clínico sugestivo, mesmo as patologias metabólicas que habitualmente se apresentam mais tardiamente não devem deixar de ser ponderadas.

Palavras-chave: porfíria, urina, cutânea

PD81- Rbdomiólise como forma de apresentação de citopatia mitocondrialAnabela Bandeira¹, Maria Luís Cardoso², Manuela Santos¹, Esmeralda Martins¹

1- Centro Hospitalar do Porto, 2- Centro Genética Médica

Introdução: As anomalias na cadeia respiratória mitocondrial podem afectar o músculo isoladamente ou em conjunto com um atingimento multissistémico, tipicamente envolvendo o sistema nervoso central. O quadro clínico pode variar desde miopatia progressiva, mialgias relacionada com o exercício, contractura muscular com edema ou rbdomiólise. Recentemente defeitos específicos no complexo I e IV forma descritos em 3 doentes com episódios recorrentes de mioglobínúria e fraqueza muscular. Todos os doentes apresentaram hiporeflexia durante os ataques. **Casos clínicos:** Rapaz, com 8 anos de idade, referenciado à consulta por dor muscular com miosite e fraqueza muscular de forma recorrente. Rapariga, 4 anos de idade, referenciada por mioglobínúria com necessidade de ventilação mecânica por insuficiência respiratória. As enzimas musculares estavam elevadas em ambos os casos (2.600 UI/L no rapaz e 40.000 UI/L na rapariga). O exame físico não revelou dor ou atrofia muscular; sem déficits motores e manobra de Gower normal em ambos os casos. O perfil de acilcarnitinas, carnitina total, ácidos orgânicos urinários e lactato estava normal. Exame cardiovascular não apresentou alterações. A biopsia muscular revelou aumento das gotículas lipídicas e proliferação mitocondrial no primeiro caso, com uma morfologia normal no segundo caso. O estudo de imunohistoquímica para distrofina foi normal. A análise da cadeia respiratória mitocondrial revelou diminuição nos complexos I, II e IV (no rapaz 27%, 34% e 40%; na rapariga 30%, 23% e 30%). **Comentários:** Rbdomiólise como forma de apresentação de uma citopatia mitocondrial é raro mas já foi descrito em casos esporádicos com mutações nos genes do citocromo b e citocromo c oxidase. No primeiro caso, os episódios de rbdomiólise recorrente foram a única manifestação de defeito com complexo I e defeito parcial nos complexos II e IV. O segundo caso apresentou episódio de rbdomiólise com mioglobínúria severa, com hiporeflexia durante os ataques, como forma de apresentação de defeito no complexo II e parcial nos complexos I e IV. Os autores pretendem alertar para esta forma de apresentação nas citopatias mitocondriais.

Palavras-chave: Rbdomiólise; Citopatia mitocondrial; Mioglobínúria**PD82- Deficit motor progressivo como forma de apresentação duma citopatia mitocondrial**Anabela Bandeira, Esmeralda Martins, Clara Barbot, Inês Carrilho
Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O síndrome MELAS (miopatia mitocondrial, encefalopatia, acidose láctica e episódios tipo AVC) caracteriza-se por atraso no crescimento, convulsões generalizadas ou focais e episódios tipo AVC isquémico que podem progredir para encefalopatia progressiva e acidose láctica. O primeiro episódio de acidente vascular no MELAS surge geralmente entre os 4 e os 15 anos. Admite-se que anomalias no genoma mitocondrial das células endoteliais dos vasos cerebrais será a base dos episódios isquémicos e da enxaqueca. **Caso Clínico:** Trata-se de uma criança com 9 anos de idade referenciada à consulta de Neuropediatria por hemiparésia direita de instalação lenta e progressiva. Sem antecedentes familiares e pessoais relevantes. Desenvolvimento psico-motor adequado à idade. Aos 8 anos, foi notada dificuldade progressiva na escrita. Aos 9 anos, todas as suas actividades começaram a ser realizadas com a mão esquerda. Lentamente foi adquirindo uma postura anómala da mão e pé direitos, de instalação mais recente. Ao exame físico não apresenta dismorfias e tinha um crescimento estatura-ponderal adequado à idade. O exame neurológico revelou uma hemiparésia direita com atingimento da face e distonia no membro superior direito na acção, cutaneoplantar em extensão. A RMN cerebral revelou lesão de natureza isquémica na região lenticulo-estriada esquerda. O exame cardiovascular revelou um forame oval patente. O estudo protrombótico foi negativo. O doseamento do lactato sérico estava elevado. Restante estudo metabólico sem alterações. Na pesquisa de mutações no DNA mitocondrial foi encontrada mutação G13513A no gene ND5. A mesma mutação não foi encontrada na mãe. **Comentários:** Cerca de 80% dos doentes com MELAS possui uma mutação pontual. A mutação encontrada neste caso clínico é uma causa comum de síndrome MELAS e síndrome Leigh em doentes adultos, mesmo na ausência de herança materna óbvia, achados patológicos na biopsia muscular ou deficiência severa no complexo I. Este caso clínico enfatiza a heterogeneidade clínica das mutações do mtDNA.

Palavras-chave: Citopatia mitocondrial; Hemiparésia; Distonia**PD83- Neurohipófise ectópica no recém nascido - abordagem multisistémica**Pedro Garcia¹, Ana Pita², Sérgio Pinto², Guilhermina Fonseca³, Micaela Serelha²

1- Hospital Dona Estefânia, 2- UCIN - Hospital Dona Estefânia, 3- Unidade de Endocrinologia - Hosp D. Estefânia

Introdução: A ectopia da hipófise posterior é uma malformação congénita com etiopatogénese pouco esclarecida. O quadro clínico é variável de acordo com as alterações hormonais associadas. O diagnóstico assenta nos doseamentos das hormonas dependentes do eixo hipotalamo-hipofisário e é confirmado através de RMN craneo-encefálica. **Métodos:** Relato de caso clínico de um recém-nascido de termo, quinto filho de pais saudáveis, que apresentou desde o parto um quadro de bradicárdia e hipotensão com necessidade de suporte inotrópico associado a hipoglicémia persistente. Transferido do hospital de origem para a UCIN do HDE por enterocolite necrosante de grau IIIB na escala de Bell condicionada pela situação de baixo débito. Fez ressecção segmentar do intestino delgado e ileostomia. Do restante exame objectivo à entrada havia ainda a salientar a existência de testículo não descido bilateral, micropénis e displasia de desenvolvimento da anca bilateral. O estudo endocrinológico revelou baixos níveis séricos das hormonas hipofisárias (TSH, ACTH, GH, FSH, LH e prolactina). O diagnóstico foi confirmado por RMN craneo-encefálica que evidenciou a ectopia da neurohipófise. O controle clínico com normalização da glicémia, da tensão arterial e frequência cardíaca foi obtido através da terapêutica de substituição hormonal com levotiroxina, hidrocortisona e hormona de crescimento. **Discussão e Conclusões:** Este caso é o paradigma da apresentação multisistémica do hipopituitarismo por malformação hipofisária. A dificuldade no diagnóstico por vezes leva a complicações secundárias potencialmente graves como neste caso a enterocolite necrosante. A terapêutica de substituição tão precoce quanto possível é de extrema importância para o controle clínico e prevenção dos efeitos deletérios induzidos pelos défices hormonais.

Palavras-chave: Neurohipófise ectópica panhipopituitarismo**Área Científica - Endocrinologia****PD84- Desidratação hipernatrémica: O que escondia?**Ana Cristina Aveiro, António Jorge Cabral, Francisco Silva, Paulo Rego Sousa, Lucília Aveiro, Ana Paula Ornelas
Hospital Central do Funchal

Introdução: A desidratação hipernatrémica é uma entidade nosológica comum em idade pediátrica. As patologias do foro gastrointestinal e nefrourológico são as principais causas e a exclusão destas obriga à consideração de outras hipóteses de diagnóstico menos frequentes, incluindo genéticas e metabólicas. **Caso Clínico:** Neste contexto apresentamos um caso de uma menina de 4 anos de idade, caucasiana, natural e residente no Porto Santo, com antecedentes de lábio leporino e fenda palatina corrigidas, fenótipo de holoprosencefalia, convulsões tratadas com valproato de sódio e atraso do desenvolvimento. Foi internada a 30/07/2008 por febre, prostração e recusa alimentar com uma semana de evolução, com desidratação de 17,4%, hipernatrémia (172,5 mEq/L), hipoglicémia (38 mg/dL), ureia: 121 mg/dL. Foram realizados, entre outros exames, doseamentos hormonais salientando-se um défice de prolactina, hGH, ACTH e cortisol. A diurese das 24h e as osmolaridades sérica e urinária estavam dentro dos parâmetros normais. Fez ressonância magnética cerebral e hipofisária que revelou hipoplasia da adeno-hipófise e da haste hipofisária, neuro-hipófise ectópica a nível do hipotálamo, hipoplasia da foice do cérebro e do septo lúcido, normal formação dos hemisférios cerebrais com discreta fusão na região da comissura branca anterior. Verificou-se uma boa evolução clínica e analítica após fluidoterapia, tendo alta medicada com hidrocortisona. **Discussão:** A holoprosencefalia é uma malformação congénita resultante da divisão incompleta ou ausente do pro-encefalo embrionário. O fenótipo pode ter vários graus de gravidade de acordo com as malformações das estruturas da linha média. As manifestações clínicas, correlacionando-se com o grau de holoprosencefalia, podem incluir convulsões, dificuldades na alimentação, atraso do desenvolvimento, hipopituitarismo, diabetes insípida, hipodispsia, estas duas últimas podendo levar a uma desidratação hipernatrémica. Neste caso, a desidratação hipernatrémica muito provavelmente deveu-se a um defeito da sede por alteração estrutural do parênquima hipotalâmico.

Palavras-chave: ana

PD85- Consulta de Diabetes num Hospital Distrital

Suzana Figueiredo, Sandrina Martins, Miguel Salgado, Teresa Bernardo
Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo I é uma doença crónica, cuja incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos, sobretudo nos países mais desenvolvidos e nos grupos etários mais jovens. O tratamento assenta na administração de insulina, exercício físico e alimentação. O auto-controlo glicémico é incentivado desde a altura do diagnóstico, contribuindo para uma qualidade de vida melhor e diminuição das complicações crónicas que surgem com o passar dos anos. O objectivo deste estudo foi conhecer a população seguida na Consulta de Diabetologia Pediátrica do Centro Hospitalar do Alto Minho e simultaneamente criar uma base de dados de modo a conhecer a evolução destes doentes e avaliar a melhoria do seu controlo metabólico com a generalização do uso dos análogos de insulina em terapêutica intensiva. Recentemente foi realizada uma actualização teórico-prática da Diabetes para médicos e enfermeiros do nosso serviço e elaborado um manual de aprendizagem de Diabetes para as crianças e pais. **Material e Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo, analisando os processos clínicos de todas as crianças seguidas nesta consulta até Junho 2008. Analisaram-se parâmetros demográficos, modo de apresentação da doença, antecedentes relevantes, parâmetros analíticos e existência de complicações associadas. **Resultados:** São seguidos 31 doentes na consulta, com idades entre os 2 e os 18 anos e um tempo médio de evolução da doença de 4 anos e 7 meses. O diagnóstico inaugural foi de cetoacidose em 45,2% dos doentes e cetose em 48,5%. Os anti-GAD foram positivos em metade dos doentes e os ICA apenas num doente. Todos os doentes são normotensos, 22,6% apresentam excesso de peso e 32,3% têm hiperlipidemia. Dois doentes têm anticorpos anti-tiroideus positivos, com função e ecografia da tireóide normal. Os anticorpos anti-transglutaminase são positivos em 2 jovens existindo doença em apenas um deles. Dois doentes apresentam microalbuminúria e não foi detectado nenhum caso de retinopatia. Cerca de metade dos doentes estão a fazer insulina lispro e glargina. Valores médios da HbA1c capilar por grupo etário: 7,2% dos 0-4 anos, 7,9 ± 0,68 % dos 5-9 anos, 8,3 ± 1,00 % dos 10-14 anos e 8,2 ± 1,60 % dos 15-19 anos. **Conclusões:** O controlo metabólico da nossa consulta está longe do preconizado. Com o reforço do ensino do auto-controlo e a terapêutica intensiva com os análogos de insulina, pretendemos melhorar significativamente os índices metabólicos e a qualidade de vida dos nossos doentes.

Palavras-chave: Diabetes, estatística, consulta

PD86- Pubarca precoce: um diagnóstico a não esquecer

Miguel Salgado, Sandrina Martins, Suzana Figueiredo, Ana Torres, Teresa Bernardo
Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Introdução: Define-se como pubarca o crescimento de pêlo sexual na região púbica e/ou axilar, sendo categorizada como precoce quando se manifesta antes dos 8 anos na rapariga ou 9 no rapaz. Muitas vezes considerado um fenómeno incipiente, tanto pode albergar causas benignas como ameaçadoras de vida. **Caso Clínico:** IRA, sexo feminino, 12 meses, referenciado pelo médico assistente por pubarca com 2 meses de evolução. Sem antecedentes pessoais ou familiares assinaláveis. Ao exame objectivo destacava-se a presença de pêlo púbico (Tanner 2/3). Sem hipertrofia do clítoris, pêlo axilar, telarca ou odor apócrino. Restante exame sem alterações. Do estudo complementar realizado, salienta-se uma idade óssea normal, uma ressonância magnética das supra-renais sem alterações, e uma 17-Hidroxiprogesterona (17-OHP) elevada (490 ng/dL para um normal adaptado à idade de 3-90 ng/dL). Efectuou prova ACTH, com o valor da 17-OHP 60 minutos após administração superando os 2000 ng/dL, sendo diagnóstico de Hiperplasia Congénita da Supra-renal (HCSR), variante não clássica. A actividade da renina plasmática estava apenas ligeiramente aumentada e o ionograma era normal. Iniciou terapêutica de substituição com glicocorticoide (hidrocortisona – 12,5 mg/m2/dia). Um mês após o início do tratamento a 17-OHP era de 130 ng/dL (valores entre 100 e 800 ng/dL são sinal de bom controlo). **Discussão:** O surgimento de uma pubarca precoce isolada é considerada por muitos autores como uma entidade benigna, sendo atribuída maioritariamente a uma adrenarca precoce nas crianças mais velhas, ou a um aumento da sensibilidade da unidade pilo-sebácea nas crianças mais jovens. No entanto, mesmo numa criança com bom estado geral e sem outra sintomatologia, a situação deve ser analisada com cuidado. Com apenas alguns exames complementares é possível excluir um tumor virilizante ou HCSR, os 2 diagnósticos mais temidos.

Palavras-chave: Pubarca, Hiperplasia supra-renal

**PD87- Tiroidite auto-imune na população pediátrica com diabetes tipo 1**
Margarida Rosal Gonçalves¹, Catarina Almeida², Daniela Amaral³, Lurdes Lopes³, Rosa Pina³, Guilhermina Fonseca³

1- Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal EPE, 2- Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, 3- Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Introdução: A prevalência de tiroidite auto-imune na população pediátrica é de 10 a 22% nos doentes com diabetes melitus tipo 1 (DM1), sendo 5-10 vezes mais frequente que na população geral (1,2%). A tiroidite auto-imune caracteriza-se pela presença de anticorpos anti-tiroideus com ou sem disfunção tiroideia. A indicação terapêutica nos doentes com DM1 não é consensual. **Objectivos:** Caracterizar a população pediátrica da Consulta de Diabetes com o diagnóstico de tiroidite auto-imune. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva, observacional, dos processos dos doentes seguidos na Consulta de Diabetes desde Janeiro 1995 até Junho de 2008, com o diagnóstico concomitante de tiroidite auto-imune. O critério de diagnóstico de tiroidite auto-imune foi a presença de anticorpos anti-tiroideus positivos. As variáveis recolhidas foram idade, sexo, intervalo de tempo entre o diagnóstico de DM1 e o diagnóstico de tiroidite, apresentação clínica, métodos complementares de diagnóstico, terapêutica e evolução. **Resultados:** Identificaram-se 28 casos em 242 doentes, sendo 18 do sexo feminino. A mediana da idade de diagnóstico de tiroidite auto-imune foi 11 anos e a mediana do intervalo entre as duas doenças foi 25,5 meses. Oito (8/28) doentes tinham história familiar de doença auto-imune. Em oito doentes verificou-se positividade do anticorpo anti-tiroperoxidase, em três do anticorpo anti-tiroglobulina e em 17 ambos os anticorpos foram positivos. Vinte e dois doentes estavam assintomáticos e, destes, 12 apresentavam alterações da função tiroideia. Seis doentes apresentavam sintomatologia e alterações laboratoriais compatíveis com o diagnóstico de hipotiroidismo (cinco casos) ou hipertiroidismo (um caso); todos iniciaram terapêutica adequada com bons resultados clínicos. **Comentários:** A prevalência de tiroidite auto-imune foi de 11,6%, com predomínio do sexo feminino (18/28, 64%). O diagnóstico de tiroidite aumentou com a idade e com o intervalo entre o diagnóstico das doenças. O diagnóstico foi predominantemente laboratorial. O anticorpo anti-tiroperoxidase foi o mais comum e o hipotiroidismo (18%, 5/28) foi a disfunção tiroideia mais frequentemente encontrada. A frequência desta associação e o número de casos necessitando terapêutica, justifica a pesquisa sistemática, anual dos anticorpos anti-tiroideus.

Palavras-chave: Tiroidite auto-imune, diabetes melitus tipo 1, anticorpos anti-tiroideus

PD88- Síndrome de Turner – casuística de 21 anos e avaliação da terapêutica com Hormona de Crescimento

Brigida Robalo, Artur Sousa, Carla Pereira, Lurdes Sampaio
Hospital de Santa Maria

O Síndrome de Turner (ST) está associado, entre outras características, com baixa estatura (BE) e disgenésia gonadal. O tratamento com hormona de crescimento recombinante (HC) possibilita um aumento na estatura final alcançada, dependendo de diversas variáveis, sendo o verdadeiro benefício da terapêutica muito discutido. Caracterização clínica, com ênfase nas alterações endocrinológicas, das crianças com o diagnóstico de ST seguidas na

Consulta de Endocrinologia Pediátrica, no período entre Junho de 1987 e Junho de 2008. Estudo retrospectivo, com revisão dos processos; análise descritiva dos dados relativos: idade e motivo de referência à consulta, estatura média familiar (EMF), cariótipo, alterações fenotípicas características do ST, terapêutica com HC e sua evolução, desenvolvimento pubertário e terapêutica hormonal de substituição (THS). Utilizou-se ANOVA e correlação de Spearman para comparação de variáveis. Foram avaliados 28 processos clínicos. A idade média de referência à consulta foi de 9 ± 4 anos, 50% já com o diagnóstico de ST. O cariótipo era 45,X0 em 78% casos. A baixa estatura estava presente em todas as crianças, sendo por vezes a única característica fenotípica compatível com ST. Fizeram terapêutica com HC 23. A idade média de início 9.9 ± 2.83 anos, com um tempo médio de tratamento 4.46 ± 2.94 anos. Dezanove raparigas iniciaram THS, idade média 14 ± 1.2 anos. Cinco crianças eram obesas, 2 tinham alteração da função tiroideia e 1 insulino-resistência. Nas 16 raparigas que terminaram terapêutica com HC a estatura final prevista (EFP) era 144 ± 6.9 cm e a estatura final alcançada (EF) foi 149 ± 5.6 cm; a EF ultrapassou a EFP em 5cm ($p < 0.05$), a idade média de início HC 10.8 ± 2.68 anos, dose média no 1º ano 0.82 ± 0.13 UI/Kg/s, tempo médio de tratamento 4.61 ± 3 anos. A velocidade de crescimento foi maior no 1º e 2º ano de terapêutica. Todas iniciaram THS, idade média 14 ± 1.1 anos. Não se registaram correlações significativas entre a EF e a idade e estatura no início do tratamento com HC, a EMF, a duração do tratamento ou a dose da HC. A hipótese de ST deve ser colocada numa rapariga com BE, já que as outras características fenotípicas nem sempre são evidentes. O diagnóstico precoce é fundamental para um seguimento adequado. Apesar da polémica quanto ao seu resultado, a terapêutica com HC continua a ser uma indicação formal nesta situação, o que vem de encontro ao verificado na nossa série (aumento significativo na EF alcançada).

Palavras-chave: Síndrome Turner, Hormona Crescimento

PD89- Doces como o mel - Causas e consequências de variabilidade da HbA1c

Maria Inês Santos¹, Catarina Resende¹, Frederico Rosário², Joana Campos¹, Graça Carvalho¹, Cecília Figueiredo¹, Fátima Simões¹

1- Hospital de São Teotónio, EPE - Viseu, 2- Centro de Saúde do Barreiro

Introdução: A diabetes mellitus tipo 1 é a segunda doença crónica mais frequente da infância, apresentando graves consequências quando mal controlada. A medida mais útil de controlo metabólico é a Hemoglobina glicosilada (HbA1c), sendo essencial conhecer as causas da sua variabilidade, bem como as consequências de mau controlo, para evitar complicações. **Objetivos:** Avaliar o impacto da idade e tempo de doença na HbA1c; determinar consequências a curto prazo de mau controlo metabólico. **Material e Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e analítico, com base nos dados obtidos da consulta dos processos de todos os doentes que frequentam a Consulta de Diabetologia Infantil. As variáveis estudadas foram: idade actual, idade de diagnóstico, controlo metabólico e dislipidémia. Para o controlo metabólico obtiveram-se as médias de HbA1c do último ano. O tratamento dos dados foi efectuado com os programas Excel2003® e SPSS 15.0®. Foram utilizados os testes X² e exacto de Fisher para associação entre variáveis; teste t para duas amostras independentes para comparação de médias; oneway ANOVA e teste de Tukey para determinação de grupos. Adoptou-se o nível de significância de 5%. **Resultados:** Obteve-se uma população de 96 diabéticos, idade média de 12 anos, sendo 31% adolescentes. A duração média da doença foi de 4,9 anos, em que mais de metade tinha diabetes entre 1 a 5 anos. Verificou-se a existência de microalbuminúria em 9% dos doentes, todos com mais de 5 anos de doença e dislipidémia em 10%. A média de HbA1c no último ano foi de 8,3%, sendo que em um terço era inferior ou igual a 7,5%. Verificou-se que a HbA1c nos adolescentes (8,4%) foi significativamente superior à das crianças (7,8%) ($p=0,03$). Verificou-se ainda que os que tinham doença há mais de 5 anos apresentavam valores mais elevados de HbA1c (9% vs 7,8%; $p<0,01$). Por fim, constatou-se a presença de HbA1c mais elevada nos que tinham dislipidémia (9,7% vs 8%; $p=0,001$) e nos que desenvolveram microalbuminúria (10% vs 8%; $p<0,001$). **Conclusão:** Para obter um bom controlo metabólico é essencial conhecer as suas condicionantes. Neste trabalho verificámos que os adolescentes e os que têm doença com maior duração merecem especial atenção. As consequências de mau controlo metabólico, como a dislipidémia e a microalbuminúria, podem manifestar-se na idade pediátrica. Estes achados poderão ser utilizados na motivação dos nossos diabéticos.

Palavras-chave: Diabetes, HbA1c, complicações, infância

PD90- Diabetes mellitus tipo 1 e a escola: a perspectiva dos pais

Bernarda Sampaio¹, Ariana Afonso², Ana Oliveira¹, Cíntia Correia¹, Manuel Fontoura¹

1- Hospital de São João, 2- Hospital de São Marcos

Introdução: Na Diabetes mellitus tipo 1 é necessária a colaboração do doente e seus responsáveis na obtenção de um óptimo equilíbrio metabólico. Geralmente um terço do dia das crianças é dispendido na escola, não devendo nesta, ser descuradas as medidas de controlo da doença. **Objetivos:** Identificar na perspectiva dos pais, os obstáculos enfrentados pelas crianças diabéticas na escola e definir as intervenções que possam melhorar esta situação. **Material e Métodos:** Questionário distribuído de forma aleatória e preenchido pelos pais englobando questões sobre o conhecimento da existência da doença, eventual discriminação, grau de satisfação com as condições oferecidas, existência de um responsável do aluno diabético, envolvimento dos pais e os recursos inexistentes, no ambiente escolar. **Resultados:** Preencheram o inquérito 70 pais, sendo a mediana da idade dos seus filhos 13 anos (mínimo:5 e máximo de 18) e do sexo feminino 41%. Frequentavam a escola pública 79%. A totalidade dos professores tinha conhecimento da doença. Três crianças tinham sofrido discriminação na escola. Pesquisavam a glicemia na escola 83%, sendo os locais mais frequentes a sala de aula ou um qualquer local em 45% e 21%, respectivamente. Existia um responsável na escola, pela pesquisa de glicemia em 25%, administração da insulina em 16% e do glucagon em 12%. Afirmaram 19% dos pais que o responsável não sabia identificar um episódio de hipoglicemia e 41% das crianças sofreram um episódio de hipoglicemia no ano transacto, sendo em 48% dos casos as mesmas a resolvê-los. Forneceram informação à escola sobre diabetes 73% dos pais. Existia uma restrição na actividade física escolar em 10%. Encontram-se satisfeitos com as condições das escolas 67% dos pais, no entanto 85% referem a inexistência de pessoal qualificado, 70% a inexistência de locais apropriados para o tratamento, 45% a falta de comunicação com a escola e 30% a inexistência de refeições saudáveis. Tiveram necessidade de alterar a terapêutica 6%. As condições que gostariam de alterar na escola são a existência de uma enfermeira (35%), refeições saudáveis (43%) e um responsável mais qualificado (45%). **Comentários:** Os pais mostraram-se insatisfeitos com as condições que os seus filhos apresentam na escola, nas várias vertentes já enunciadas, tornando-se manifesto o anseio por um responsável qualificado. É imprescindível a intervenção e a colaboração na escola com a finalidade de melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 1, Escola, Perspectiva dos pais

PD91- Terapêutica com Hormona de Crescimento – Experiência de 9 anos

Cecília Martins, Cristiana Ribeiro, Rosa Arménia Campos, Jorge Sales Marques

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O défice de hormona de crescimento acontece quando há perda total ou parcial da função da hipófise anterior e pode ser congénito ou adquirido. A clínica é muito variável, desde o estado assintomático até ao coma e depende da etiologia, da idade de aparecimento, das hormonas envolvidas, da intensidade do atingimento e da rapidez de instalação. Apesar da variabilidade possível, a baixa estatura é uma queixa quase constante. Na suspeita de défice devem ser realizados os testes de provocação hormonal e deve ser determinada a idade óssea pelo método de Greulich y Pyle. O tratamento é possível, administrando hormona de crescimento humana recombinante. O prognóstico é habitualmente favorável, sendo objectivo principal o aumento da velocidade de crescimento que permita à criança atingir a altura esperada para a idade. **Objectivo:** Descrever e analisar os casos de défice de hormona de crescimento (combinado e isolado), seguidos na consulta de Endocrinologia Pediátrica e avaliar o papel do tratamento de substituição hormonal. **Material e Métodos:** Foram revistos os processos das crianças cujo diagnóstico de défice de hormona de crescimento foi efectuado entre 1999 e 2007. Durante este período foram diagnosticados 14 casos, considerando a clínica e os testes de provocação hormonal. **Resultados:** Seguidos na consulta 14 casos, 86% devidos a défice hormonal isolado. A relação sexo masculino/sexo feminino é de 3:1. Todas as crianças apresentavam baixa estatura e foram submetidas a 2 testes de provocação hormonal excepto num caso cujo diagnóstico foi suspeitado no período neonatal por micropénis, hipoglicemias de difícil controlo e icterícia prolongada. A idade óssea estava atrasada em relação à idade real numa média de 3 anos. A idade de diagnóstico no défice isolado foi em média aos 8 anos e nos dois casos de défice combinado foi aos 4 meses e 5 anos. Dez crianças estão sob terapêutica com hormona de cresci-

mento humana recombinante. A resposta ao tratamento é boa, não tendo sido documentados efeitos secundários. **Comentários:** O défice de hormona de crescimento apesar de raro deve ser sempre considerado na criança com baixa estatura. Após estudo e confirmação diagnóstica deve ser iniciada terapêutica de substituição hormonal. Da nossa experiência realçamos a excelente resposta ao tratamento, sem referência a efeitos laterais.

Palavras-chave: Baixa estatura, Hormona Crescimento

PD92- Doença de Graves – Experiência da Consulta de Endocrinologia Pediátrica do Hospital de São João

Ariana Afonso, Bernarda Sampaio, Cíntia Castro-Correia, Manuel Fontoura Hospital de São João

Introdução: A doença de Graves (DG) constitui uma das causas mais frequentes de hipertiroidismo em idade pediátrica. As opções terapêuticas disponíveis compreendem os fármacos anti-tiroideos, o iodo radioactivo e a cirurgia. **Objectivo:** Descrição das características clínicas, laboratoriais e opções terapêuticas das crianças e adolescentes com o diagnóstico de DG, seguidas em Consulta de Endocrinologia Pediátrica do Hospital de São João (HSJ), entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2007. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças e adolescentes com o diagnóstico de DG, seguidos em Consulta de Endocrinologia Pediátrica do HSJ, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2007. Análise de variáveis epidemiológicas, clínicas e laboratoriais. **Resultados:** Foram seguidas em Consulta de Endocrinologia Pediátrica do HSJ 9 crianças com DG. A idade média à data de diagnóstico foi de 8 anos (mínimo 3 anos; máximo 12 anos). Seis/9 (66.7%) eram do sexo feminino. Foi documentada história familiar de patologia auto-imune em 4/9 (44.4%). No momento da apresentação, os sintomas mais frequentemente referidos foram: ansiedade/irritabilidade (8/9 – 88.9%), polifagia (6/9 – 66.7%), perda de peso (5/9 – 55.6%) e dificuldades escolares (4/9 – 44.4%). A maioria das crianças apresentava exoftalmia (8/9 – 88.9%) e bócio (8/9 – 88.9%). Todas as crianças apresentavam anticorpos anti-tireoglobulina e anticorpos anti-receptor de TSH positivos. Em todas as crianças foi, de início, instituída terapêutica anti-tiroideia. Ocorreu normalização da função tiroideia em 6/9 (85.7%), em média 7.5 meses após início do tratamento (mínimo 1 mês; máximo 24 meses). Em 3 não se alcançou eutiroidismo; destas, duas foram submetidas a cirurgia, uma das quais se complicou com paralisia das cordas vocais. Sete/9 (77.8%) crianças necessitaram de terapêutica de substituição com levotiroxina por hipotiroidismo iatrogénico/secundário. Actualmente, 5/9 (55.6%) crianças encontram-se assintomáticas, 3 em remissão. **Comentários:** O tratamento da DG em Pediatria é ainda bastante controverso. Neste centro de referência, os fármacos anti-tiroideos constituíram a terapêutica de eleição, com uma taxa de sucesso sobreponível à descrita na literatura. A cirurgia foi opção apenas nos casos refractários à terapêutica médica. Nenhuma das opções terapêuticas disponíveis se encontra isenta de riscos, pelo que qualquer decisão deverá ser sempre bem ponderada.

Palavras-chave: Hipertiroidismo, Doença Graves, Terapêutica

PD93- Apresentação clínica da Diabetes mellitus tipo 1 – Estudo retrospectivo

Teresa Almeida Campos, Lara Lourenço, Delfina Coelho, Alberto Costa, Carla Meireles
Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães

Introdução: A diabetes mellitus tipo 1 é uma das doenças crónicas mais comuns da infância. A sua incidência é geralmente mais elevada na adolescência, com um ligeiro predomínio no sexo masculino. A apresentação clínica e a duração dos sintomas até ao diagnóstico são variáveis. Os sintomas de apresentação mais frequentes são a poliúria e a polidipsia (95%), seguidos da perda de peso (85%). A cetoacidose diabética ocorre em cerca de 40% dos casos, sendo mais frequente nas crianças mais jovens. A duração dos sintomas é superior a duas semanas em 75% dos doentes e não parece estar relacionada com a gravidade da doença. **Objectivos:** O objectivo deste estudo é caracterizar e comparar a apresentação clínica inicial da diabetes mellitus tipo 1. **Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes, com idade inferior a 15 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, no período de Janeiro de 2003 a Julho de 2008. **Resultados:** Foram admitidos 26 doentes, sendo 19 (74%) do sexo masculino. A média de idades foi 6,8 +/- 3,5 anos e o escalão etário mais afectado foi o dos 5 aos 9 anos (54%). Na primeira infância, o sexo feminino foi mais frequente (80%; p=0,029). Foi registada história familiar de diabetes em 46% dos casos (75% diabetes tipo II). A maioria (65%)

dos doentes foi encaminhada para o Serviço de Urgência por suspeita de diabetes inaugural. Duas crianças, de 4 e 23 meses, foram admitidas por dificuldade respiratória. Os sintomas mais comuns foram a polidipsia (96%), a poliúria (77%) e a perda ponderal (58%) e tiveram uma duração inferior a 15 dias em 73% dos casos. A cetoacidose diabética ocorreu em 38,5% dos doentes e não foi estabelecida correlação com o sexo, a idade, a glicemia e a duração dos sintomas. **Conclusões:** Os sintomas de apresentação da diabetes mellitus tipo 1 estão de acordo com o descrito na literatura. Verificou-se uma predominância no sexo masculino e no grupo etário dos 5 aos 9 anos superior à esperada. Na maioria dos doentes, a duração dos sintomas foi inferior a 15 dias. Ao destacar os dois casos de crianças com idade inferior a dois anos admitidas por dificuldade respiratória grave, pretende-se alertar para a importância de considerar esta entidade clínica no diagnóstico diferencial de uma criança pequena com queixas do foro respiratório.

Palavras-chave: Diabetes, Cetoacidose, Polidipsia, Dispneia

PD94- Importância da avaliação da Leptina na população pediátrica obesa

Marta Cabral, Marta Moniz, Tania Marques, Raquel Coelho, Graciete Bragança Hospital Fernando Fonseca - Amadora

Introdução: A leptina é uma hormona produzida pelas células adiposas e placentárias e a sua concentração sérica parece correlacionar-se com a adiposidade desde o nascimento. **Objectivo:** Avaliar a importância da leptina na criança obesa e sua correlação com as principais complicações inerentes à obesidade. **Métodos:** Análise retrospectiva dos doseamentos da leptina sérica efectuados nas crianças e adolescentes seguidos por obesidade primária na Consulta de Endocrinologia Pediátrica entre Janeiro de 1997 e Junho 2008 e sua relação com antecedentes familiares (AF) de factores de risco de doença cardiovascular, sexo, idade, complicações e evolução do índice de massa corporal e respectivo z-score ao 1 e 2 anos ou última consulta. **Resultados:** Num total de 886 crianças e adolescentes entre os 2 e os 18 anos (idade média 9,4) e média do z-score de 2,34 vs 1,99 e 1,93 respectivamente nas avaliações inicial, 1 e 2 anos ou última consulta, a leptina foi doseada em 311 casos (35,1%). O seu valor médio foi 23,6 mg/dl (min- 0,7; máx- 113,2 mg/dl). No sexo feminino as concentrações séricas médias de leptina foram mais elevadas (27,5 mg/dl ♀ vs 19,8 mg/dl ♂, p=0,001). O aumento da leptina não se relacionou de forma significativa com a idade (correlação de Pearson 0,206) nem com o z-score respectivo (correlação de Pearson 0,206). Os AF de obesidade e de diabetes associaram-se a concentrações de leptina mais elevadas, o que não se verificou com os AF de hipertensão arterial e de dislipidémia. Nos doentes com estrias e/ou acantose nigricans, com tensão arterial \geq P95 ou com insulinoresistência a média da leptina foi significativamente mais elevada o que não ocorreu nos casos de dislipidémia, esteatose hepática ou hábitos de vida sedentária. Quanto à evolução dos valores, verificámos que ao valor médio de 37,3 mg/dl na determinação inicial se seguiu uma diminuição aos 12 meses (34,9 mg/dl) (N=13) e elevação em relação à última consulta (23,9 vs 27,2, p=0,3) (N=32). **Discussão:** No nosso estudo não encontramos uma correlação clara entre a magnitude da elevação da leptina e o grau de obesidade mas doseamentos elevados de leptina foram preditivos de algumas complicações inerentes à obesidade, como a hipertensão arterial e a insulinoresistência. Ainda que a leptina pareça ser um parâmetro laboratorial importante no estudo e acompanhamento das crianças com obesidade, são necessários estudos prospectivos que relacionem a alteração da leptina com as complicações a longo prazo.

Palavras-chave: obesidade, leptina

PD95- Acompanhamento multidisciplinar de uma população obesa pediátrica

Tânia Marques, Marta Moniz, Zahara Nizarali, Arlete Lopes, Raquel Coelho, Ana Cristina Monteiro, Graciete Bragança Hospital Fernando Fonseca

Introdução: Apesar de ser do conhecimento geral que a obesidade está associada a grave morbidade, a motivação para o tratamento e os resultados terapêuticos são habitualmente desencorajadores. A população pediátrica não é excepção. **Objectivos:** Caracterizar uma população seguida por obesidade num hospital da zona metropolitana de Lisboa e avaliar o resultado da intervenção multidisciplinar (pediatra, dietista, pedopsiquiatra, psicólogo e especialista em exercício físico) que constou de consultas periódicas, acções de formação para pais e educadores, campos de férias e programas de actividade física. **Material:** Estudo retrospectivo dos casos de obesidade primária segui-

dos entre Janeiro de 1997 e Junho 2008. Analisaram-se: antecedentes familiares (AF) de obesidade, peso ao nascer, duração do aleitamento materno, idade de início da obesidade, sexo, idade peso, altura, complicações e evolução do índice de massa corporal (IMC) e respectivo z-score aos 6 meses, 1 e 2 anos ou última consulta. **Resultados:** Foram avaliados 886 crianças e adolescentes entre os 2 e os 18 anos (média 9,4 anos), 53% do sexo feminino. Dos resultados destacam-se: 74% com AF de obesidade; 45% com excesso de peso antes dos 2 anos de vida; 34% fizeram aleitamento materno mais de 4 meses e destes, 38%, mais de 1 ano; 5% tinham baixo peso ao nascer. Registraram-se complicações: Geno valgum (48,7%), estrias cutâneas (32,5%), tensão arterial \geq P95 (32%), dislipidemia (29%), insulinoresistência (25%) e esteatose hepática (18%). Mais de metade (51%) abandonaram a consulta antes de concluir 6 meses de seguimento. Comparando as crianças que abandonaram precocemente e as que permaneceram, os valores de z-score são sobreponíveis (2,30vs2,34) e não apresentam diferenças significativas relativamente à idade, sexo e AF de obesidade. A média do z-score inicial foi de 2,34(2,42 σ , 2,27 τ) e verificou-se uma redução aos 6 (2,12) e aos 12 meses(1,99) e na última consulta(1,93). Nos rapazes, que no início tinham z-score superior, a redução na última observação foi significativamente maior (-0,47 σ , -0,35 τ). **Conclusão:** A elevada taxa de abandono nas primeiras consultas que demonstra a fraca motivação familiar para o tratamento, aliada aos fracos resultados terapêuticos – os valores de z-score apesar da redução continuaram a evidenciar índices de obesidade aos 2 anos de seguimento – reforçam a convicção de que a prevenção primária é provavelmente o meio mais eficaz de combate à obesidade.

Palavras-chave: obesidade, população pediátrica, abordagem multidisciplinar

PD96- Doença Celíaca e Diabetes Mellitus tipo 1

Catarina Almeida¹, Margarida Rosal Gonçalves², Daniela Amaral³, Lurdes Lopes³, Rosa Pina³, Guilhermina Fonseca³

1- Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada, 2- Hospital São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, 3- Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Introdução: A doença celíaca (DC) é uma enteropatia auto-imune, induzida pela ingestão de glúten, estando subjacente uma predisposição genética. A associação entre diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e DC tem sido cada vez mais detectada, sendo a prevalência desta doença na população diabética pediátrica maior que na população em geral. **Objetivos:** Caracterizar a população pediátrica com DM1 e diagnóstico posterior de doença celíaca, seguida em consulta de endocrinologia pediátrica. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva, observacional, dos processos de doentes da Consulta de Diabetes com o diagnóstico concomitante de Doença Celíaca. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, intervalo de tempo entre o diagnóstico de DM1 e DC, apresentação clínica e laboratorial, biópsia jejunal, terapêutica e evolução. **Resultados:** Identificaram-se 10 casos com DC em 242 doentes com DM1, sendo 6 do sexo feminino. A mediana da idade de diagnóstico foi de 7 anos e a mediana do intervalo entre o diagnóstico de DM1 e a DC foi de 25 meses. Três doentes apresentavam história familiar de doença auto-imune e 3 também tinham tiroidite auto-imune. A imprevisibilidade das glicémias, assim como as hipoglicémias repetidas foram a sintomatologia mais frequente na altura do diagnóstico da DC. Três doentes apresentavam apenas o anticorpo anti-endomísio positivo, 2 apenas o anticorpo anti-transglutaminase e 5 tinham ambos os anticorpos positivos. Todos os doentes efectuaram biópsia jejunal, que foi diagnóstica. A dieta sem glúten não foi cumprida em 4 casos. Nos 6 doentes com boa adesão à terapêutica dietética instituída, verificou-se melhoria do controlo glicémico. **Comentários:** A prevalência de DC nesta série foi de 4%, com predomínio do sexo feminino. A maioria dos doentes apresentou sintomatologia inespecífica, sendo o diagnóstico predominantemente laboratorial e anatomo-patológico. Verificou-se uma melhoria do controlo glicémico com a adesão à dieta sem glúten.

Palavras-chave: Doença Celíaca, Diabetes Mellitus tipo 1

Área Científica - Gastroenterologia e Nutrição

PD97- Diagnóstico tardio de uma doença emergente...

Diana S. Pinto, Inês Vaz Matos, Ana Novo, Lúcia Gomes, Teresa Borges, Margarida Guedes
Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, EPE

A esofagite eosinofílica, uma doença inflamatória crónica que tem sido identificada com frequência crescente é, cada vez mais, uma causa reconhecida de

disfagia na população pediátrica. Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente de 15 anos, com episódios frequentes de engasgamento desde os primeiros meses de vida, relacionados com a alimentação, e com resolução após indução voluntária de vômito. Foi admitido no Hospital de Santo António após episódio de engasgamento que não resolveu com a indução de vômito. Realizou Endoscopia Digestiva Alta com identificação de corpo estranho (lula) e desimpacção após aplicação de jacto de água. Durante o mesmo exame verificou-se laceração esofágica longitudinal a 20cm da arcada dentária em mucosa friável. Neste contexto foi efectuada Tomografia Computorizada cervico-torácica que revelou a existência de pneumomediastino. Atendendo à estabilidade clínica optou-se por atitude conservadora. A Endoscopia Digestiva Alta de controlo, efectuada 2 meses depois, evidenciou um aspecto rígido e frágil da mucosa esofágica com área estenosada a 25cm da arcada dentária. A biópsia da mucosa do esófago proximal foi sugestiva de esofagite eosinofílica. **Comentários:** A esofagite eosinofílica manifesta-se por sintomas, como a disfagia e a dor retroesternal, facilmente atribuíveis a outras entidades e, assim, algumas vezes, pouco investigados. Com este caso-clínico procuramos evidenciar a importância do estudo para esclarecimento dos sintomas e confirmação ou exclusão deste diagnóstico, uma vez que um estado inflamatório prolongado conduz a alterações estruturais e a uma mucosa esofágica friável propícia a perfuração / rotura e impacção alimentar.

Palavras-chave: esofagite eosinofílica, disfagia, laceração esofágica

PD98- Gastropatia Hipertrófica Exsudativa, uma causa de edema na criança, a propósito de um caso clínico

Tânia Monteiro, Nancy Guerreiro, Horácio Paulino
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Introdução: A Gastropatia Hipertrófica Exsudativa (GHE) é uma patologia associada a hipoproteïnemia, que se diferencia da apresentação no adulto, por ser benigna e auto-limitada. A sua causa permanece desconhecida, com alguns casos descritos associados a infecção, sendo o citomegalovírus (CMV) o agente etiológico mais frequentemente detectado. Tem uma apresentação aguda de sintomas gastrointestinais seguidos de edema. **Descrição do Caso Clínico:** Apresentamos o caso de uma criança do sexo masculino, de 16 meses, com antecedentes de Bronquiolites Agudas de repetição, sem antecedentes familiares de relevo, incluindo história de atopia, com início agudo de queixas gástricas: vômitos, dor abdominal, anorexia e diarreia de curta duração, seguidas do aparecimento de edemas generalizados, com predomínio de face e membros, após uma semana de evolução. Laboratorialmente apresentava hipoproteïnemia com hipoalbuminemia, função renal e hepática normais e sem proteinúria. No restante estudo realizado (serologias para EBV, CMV, Mycoplasma, Enterovírus, herpesvirus 1 e 2, Adenovírus; coprocultura e exame parasitológico das fezes; IgE Total) sem alterações, incluindo a presença de eosinofilia. Realizou endoscopia digestiva alta com as seguintes alterações: pregas tumefactas e edemaciadas no fundo e corpo; mucosas com padrão de hiperemia moderada e difusa no antro e corpo e ligeira hipertrofia das pregas na entrada do bulbo compatível com GHE. A biópsia gástrica não foi conclusiva. O tratamento realizado foi albumina humana ev, acompanhada por dieta hiperproteica e Ranitidina, com regressão dos edemas em duas semanas e total normalização dos valores laboratoriais num mês. **Discussão:** Com descrito na literatura, as manifestações clínicas caracterizaram-se por um aparecimento agudo de sintomas gástricos seguidos de edema, com uma evolução favorável. A biópsia não foi confirmativa, mas há casos descritos sem alterações anatomo-patológicas. É importante ter em conta a GHE, como uma entidade responsável por edema e hipoalbuminemia na criança, principalmente quando acompanhado por queixas gástricas, sem proteinúria e disfunção hepática. Devido à apresentação auto-limitada, por vezes ligeira e possível associação a infecção recente, pode passar despercebido. Será relevante procurar uma causa infecciosa, que não se detectou neste caso, sendo o CMV aparentemente o mais relacionado, mas não só.

Palavras-chave: Gastropatia Hipertrófica Exsudativa, edema, hipoalbuminemia

PD99- Avaliação da prevalência de obesidade infantil em crianças do 1º ano do ensino básico

Ana Ribeiro¹, Henedina Antunes²
1- Hospital de São Marcos, 2- Hospital de São Marcos, Escola de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: Foi efectuada a determinação do índice de massa corporal (IMC) em crianças de 3 anos no Agrupamento de Escolas Mosteiro e

Cávado (AEMC), concelho de Braga (2003-2004). Apresentavam IMC com critérios de excesso de peso (EP) 14,6% e de obesidade (O) 20,0% (dados da Dra. Carla Morgado). **Objectivo:** avaliar a prevalência de EP e de O na população infantil de 6 anos, do 1º ano do ensino básico. Comparar uma escola do concelho de Braga (AEMC) com uma do concelho de Felgueiras, agrupamento de escolas de Idães (AEI). No AEMC verificar a evolução do IMC em relação aos resultados anteriores. **Metodologia:** A população do estudo foi constituída pela totalidade das crianças inscritas pela primeira vez no 1º ano do ensino básico. Procedeu-se à avaliação antropométrica: peso, estatura e IMC. Para determinar a prevalência de EP e de O foi usada a classificação do Centers for Disease Control and Prevention. Na amostra do AEMC, a comparação com o estudo de há 3 anos permitiu determinar o registo de inscrição no agrupamento e não a identificação da criança. **Resultados:** No AEMC, dos 137 observados em 2003/2004, foi determinada a somatometria em 126 crianças (56,3% M; 43,7% F); peso: 22,96±4,56 kg; altura: 121,13±4,46cm; IMC: 15,73±2,68 kg/m². Prevalência de EP de 31,7% e de O 12,7%. A prevalência de EP foi de 58,3% no sexo masculino e 41,7% no sexo feminino, p=0,29. No AEI foram avaliadas 81 crianças (43,0% M; 57,0% F); peso: 25,39±5,61 kg; estatura: 124,03±5,30 cm; IMC: 16,25±2,80 kg/m². Prevalência de EP de 12,0% e de O 15,0%. **Conclusões:** Na população do AEMC, constata-se um aumento de 16% de alunos com EP em relação ao estudo anterior. Na comparação das escolas por concelhos, no AEI, concelho de Felgueiras, a prevalência de crianças com EP foi mais baixa que no concelho de Braga, mas mesmo assim atingindo mais de um quarto da população. Todos os resultados e comparações deste estudo em idades tão precoces como o primeiro ano do ensino básico são no sentido de as doenças não comunicáveis atingirem a população infantil de forma cada vez mais alarmante.

Palavras-chave: Obesidade infantil, prevalência, escolas

PD100- Hiperbilirrubinemia Não Conjugada: a propósito de dois casos clínicos

Susana Lima¹, Otilia Cunha², Mafalda Sampaio², Miguel Costa²

1- Hospital São Miguel, 2- Hospital São Miguel, Oliveira Azeméis

Introdução: As síndromes de Gilbert e Crigler-Najjar (CN) consistem numa hiperbilirrubinemia não conjugada, na ausência de doença hepática ou hemólise. São causadas pela ausência completa ou diminuição da actividade da enzima bilirrubina-uridínofosfato glicuroniltransferase (UGT), responsável pela conjugação da bilirrubina. Até à data, foram identificadas mais de 50 mutações associadas a ambas as situações, quase todas inicialmente descritas na síndrome de CN. A alteração genética mais comum na raça caucasiana para Síndrome de Gilbert é a homozigotia para a inserção TA no promotor TATAA do gene UGT1*1. **Caso Clínico 1:** Rapaz de 5 anos com hiperbilirrubinemia de 3,24 mg/dl, detectada no decurso de avaliação por dor abdominal recorrente. Apresentava função hepática e bilirrubina directa normais, e não tinha sinais de hemólise. O estudo molecular revelou heterozigotia composta pela inserção TA na região promotora do gene UGT1*1 (TA6/TA7) e para a mutação G308E no exão 2. **Caso Clínico 2:** Rapaz de 4 anos internado por icterícia em contexto de amigdalite, com valor de bilirrubina total (BT) de 4,7mg/dl (bilirrubina directa normal). Posteriormente, enquanto assintomático, apresentou em análises de rotina valores de BT que variaram entre 1,41 e 4,6mg/dl, com função hepática normal e sem sinais de hemólise. O estudo molecular revelou heterozigotia para a duplicação dinucleotídica TA (TA6/TA7) associada às mutações V225G e G308E, também estas em heterozigotia. **Conclusão:** Os dois doentes apresentam clínica compatível com síndrome de Gilbert (BT inferior a 5mg/dl). No entanto, foi possível detectar mutações descritas na literatura em associação com síndrome CN. Como tal, a homozigotia para a mutação G308E está descrita na síndrome de CN, mas, quando em heterozigotia com a inserção TA6/TA7, associa-se a síndrome de Gilbert. No segundo caso, o estudo molecular mais uma vez revelou heterozigotia composta para inserção TA6/TA7 e mutações V225G e G308E, também estas associadas a síndrome CN quando em homozigotia. Estas alterações genéticas justificarão o valor de bilirrubina mais elevado que o habitual para síndrome de Gilbert encontrado nestes doentes. Os autores alertam para o facto de o diagnóstico preciso destas patologias dispensar outros estudos perante doentes com hiperbilirrubinemia não conjugada. Além do mais, é importante que o anestesiológista esteja informado acerca destas situações, para impedir o aparecimento de toxicidade intra-operatória.

Palavras-chave: bilirrubina, Gilbert, Crigler-Najjar

PD101- Mais do que coincidência?

Lia Rodrigues e Rodrigues, Luísa Araújo, Vanessa Portugal, Ana Raquel Silva, Miguel Campos, Elisa Proença
Centro Hospitalar Póvoa Varzim/Vila do Conde

A etiologia da estenose hipertrófica do piloro (EHP) permanece desconhecida, sendo provável uma origem multifactorial. A hipertrofia característica do piloro, com espessamento do músculo liso da mucosa e alongamento do canal pilórico, condicionam a apresentação clínica com episódios de vómitos, não biliares, pós-prandiais resultantes da obstrução à passagem do conteúdo gástrico. A prevalência é de 2-3,5/1000 nados vivos, sendo mais frequente nos recém-nascidos (RN) de termo, primogénitos do sexo masculino (4:1). O início dos sintomas ocorre entre as duas e as oito semanas de vida, sendo rara a apresentação após as 12 semanas. A associação entre a exposição precoce à terapêutica oral com eritromicina e a ocorrência de casos de EHP tem vindo a ser relatada na literatura. É reconhecido o efeito pró-cinético da eritromicina podendo este, ao induzir contrações vigorosas e sustentadas do músculo liso antral, contribuir para a hipertrofia pilórica característica desta entidade. O diagnóstico clínico é confirmado pelos achados ecográficos. O tratamento cirúrgico, após estabilização hidro-electrolítica, consiste na piloromiotomia. Apresenta-se um RN de termo, sexo masculino, com história de enterite por *Campylobacter jejuni* tratado com eritromicina oral desde o 23º dia de vida com evolução favorável e coprocultura de controlo negativa. Observado ao 9º dia de tratamento, no Serviço de Urgência por quadro clínico, com cerca de 36h de evolução, de episódios de vómitos pós-prandiais persistentes, sem outra sintomatologia associada. O exame objectivo na admissão era irrelevante. O rastreio séptico e restante estudo analítico não revelaram alterações, nomeadamente desequilíbrios ácido-base ou hidro-electrolíticos. O RN foi internado para vigilância tendo mantido episódios de vómitos, por vezes em jacto, motivo pelo qual realizou ecografia abdominal. O estudo imagiológico confirmou o diagnóstico de EHP sendo o RN submetido a piloromiotomia. O pós-operatório decorreu sem intercorrências tendo reiniciado 12 horas após alimentação entérica com boa tolerância. Os autores pretendem relembrar a possível associação entre a exposição precoce à eritromicina e a ocorrência de EHP, descrita na literatura sobretudo no contexto de profilaxia pós-exposição a *Bordetella pertussis*. Este caso realça ainda a necessidade de estudos de cariz farmacológico na população pediátrica, de modo a reunir maior evidência de apoio às decisões de prescrição.

Palavras-chave: Estenose Hipertrófica Piloro; Eritromicina

PD102- Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade em Crianças Pré-Escolares do Município da Figueira da Foz

Alexandra Paúl¹, Ada Rocha², Lourdes Mota¹

1- Hospital Distrital da Figueira da Foz, 2- Câmara Municipal Figueira da Foz

Introdução: A obesidade tem sido classificada como a epidemia do século XXI, sendo já inúmeros os estudos que evidenciam a prevalência desta patologia em todo o Mundo, com valores considerados alarmantes. Neste contexto, a Unidade Coordenadora Funcional da Criança e do Adolescente da Figueira da Foz está a desenvolver um projecto denominado 3S: Saboroso, Satisfeito e Saudável. Têm vindo a ser realizadas diversas iniciativas de sensibilização para a adopção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, através da criação de materiais de informação e sensibilização dirigidos às crianças, pais e educadores. Foi criado um código tipo semáforo, através do qual as crianças foram avaliadas, de acordo com as suas opções alimentares para o lanche. **Objectivos:** Avaliar a prevalência de excesso de peso (EP) e de obesidade nas crianças pré-escolares do Município da Figueira da Foz, com idades compreendidas entre os 3 e os 7 anos e relacionar estas prevalências com o género e o meio a que as crianças pertencem. **Material e Métodos:** Procedeu-se à determinação do peso, estatura e cálculo do índice de massa corporal (IMC) das crianças acima referidas, em Outubro/Novembro de 2007. Foi usada a classificação do Centers for Disease Control and Prevention para determinar a prevalência de EP e de obesidade. **Resultados:** Das 482 crianças avaliadas, 52,5% (253) eram do género masculino, com uma média de idades de 5,14±0,82 anos. O peso médio foi de 17,79±3,67kg, a estatura 106,50±7,23cm e o IMC 15,6±1,91kg/m². A maioria das crianças, 66,8% (322), pertencia ao meio rural. A prevalência de EP e de obesidade foi de 11,4% e 6,2%, respectivamente, sendo o primeiro mais frequente no género feminino (F:M-14% vs 9,1%) e a segunda no género masculino (M:F-6,3% vs 6,1%). Houve predomínio de EP e de obesidade nas crianças de 3-4 anos (15,1% e 7,9%) comparativamente com as de 5 (9,6% e 6%) e com o grupo de 6-7 anos (10,5% e 5,3%). O EP foi mais prevalente nas crianças do meio rural (12,4%) comparativamente com as do meio urbano (9,4%). Para a obe-

cidade a situação inverteu-se, sendo as crianças de meio urbano as que apresentaram maior prevalência (8.1%) quando comparadas com as do meio rural (5.3%). **Discussão:** Apesar das diferenças acima referidas, concluiu-se não existir associação significativa entre o estado ponderal e o género das crianças ($p=0.217$), a idade ($p=0.656$) ou o meio a que estas pertencem ($p=0.355$).

Palavras-chave: pré-escolares, obesidade, excesso ponderal, meio social

PD103- Abscesso Hepático na Criança

Francisco Silva¹, Cristina Aveiro², Rui Loureiro³, Rute Gonçalves², Paula Ornelas²

1- Hospital Central do Funchal, 2- Serviço de Pediatria, 3- Serviço de Imagiologia

Introdução: Os abscessos hepáticos raramente são encontrados em crianças saudáveis e, localizam-se preferencialmente no lobo direito do fígado. Podem aparecer num contexto de imunodeficiência, malnutrição, sepsis ou de infecção parasitária. Nos abscessos piogénicos as bactérias chegam ao fígado através da circulação portal, colangite ascendente ou infecção biliar primária sendo os agentes mais comuns o *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *E. Coli*. **Caso Clínico:** Os autores apresentam um caso clínico de uma criança de 10 anos de idade, sexo masculino, raça branca, natural e residente na Madeira, sem história de viagens recentes. Cerca de 3 semanas antes do actual internamento iniciou febre elevada, sudorese nocturna, astenia, sonolência, cansaço fácil e anorexia, tendo realizado antibioterapia por suspeição de infecção respiratória baixa. Apresentando melhoria das queixas, após ter terminado o antibiótico, teve dois novos períodos de febre espaçados de 6 dias, tendo recorrido ao SU. Apresentava um ar entristecido e pálido, fazendo referência a perda ponderal e perda de apetite no mês anterior. Realizou o estudo analítico mostrando um aumento da PCR e da VS, assim como alterações da coagulação e transaminases elevadas. Realizou ecografia abdominal que revelou imagem sugestiva de abscesso hepático e, TC abdominal que confirmou lesão hepática subcapsular com cerca de 5cm no segmento VIII, não acessível a punção guiada. O estudo adicional incluiu estudo serológico, hemoculturas e exame parasitológico que se revelaram negativos. A alfa-fetoproteína, o estudo da imunidade e a ecocardiografia foram normais. Perante a suspeita de abscesso hepático iniciou antibioterapia tripla endovenosa que manteve 4 semanas com boa resposta clínica, analítica e imagiológica, completando as 6 semanas com antibioterapia oral. **Discussão:** O quadro clínico de abscesso hepático é inespecífico, sendo o diagnóstico desafiador e frequentemente tardio, como no caso desta criança previamente saudável. O isolamento dum agente microbiológico por punção guiada não foi possível devido à localização pouco comum do abscesso. Abdicando-se duma intervenção mais invasiva foi instituída antibioterapia de espectro amplo tendo a resposta a esta confirmado a suspeição diagnóstica inicial.

Palavras-chave: Abscesso hepático, febre recorrente

PD104- Pneumotorax bilateral e colite ulcerosa

Nuno Ferreira¹, Sofia Martins¹, Bárbara Pereira¹, Nelson Paulo², Paulo Ponce², Henedina Antunes¹

1- Hospital de São Marcos, 2- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Introdução: As manifestações pulmonares associadas a colite ulcerosa são raras e na recente revisão de manifestações extra-intestinais em artigo do *Journal of Paediatric Gastroenterology and Nutrition* de 2008 o pneumotórax não estava referido. Tanto quanto é do conhecimento dos autores há apenas relato de um caso de pneumotórax bilateral associado a colite ulcerosa em uma adolescente. **Descrição do Caso:** Adolescente, 15 anos, sexo masculino, residente em Esposende, com diagnóstico de colite ulcerosa há 3 meses internado na Unidade de Adolescentes por agudização da doença. Tinha iniciado tratamento com corticosteróides apenas há 15 dias e apresentava mau estado geral, hematoquezia, dor abdominal, anemia, hipalbuminemia e critérios de inflamação. O controlo da colite só foi obtido com corticóide endovenoso a que foi associado azatrioprina. Durante o internamento iniciou queixas de dor referida à omoplata e hemitórax esquerdo com diminuição do murmúrio vesicular (MV). Realizou radiografia torácica que evidenciou pneumotórax esquerdo que foi drenado, mas que recidivou 11 dias depois, com o adolescente já no domicílio. Foi recolocado dreno esquerdo e reinternado. No internamento reinicia dor torácica, mas à direita, com diminuição do MV e realiza radiografia torácica que mostra pneumotórax bilateral. A Tomografia axial computadorizada (TAC) torácica evidenciou, para além do pneumotórax bilateral, bolhas no parênquima. Colocado dreno torácico, também à direita, tendo sido programada pleurectomia esquerda com escarificação no Serviço de

Cirurgia Córdio-torácica do CHVNG. A biópsia pleural mostrou áreas de enfisema e bolhas parenquimatosas de tamanhos variados de localização para-septal e subpleural associadas a alguma fibrose septal. Actualmente mantém seguimento na consulta do CHVNG e de Gastroenterologia Pediátrica do HSM. **Discussão:** As manifestações pulmonares da colite ulcerosa são raras e a fibrose pulmonar encontrada na histologia do retalho de pleura parietal e de pulmão deste doente já está descrita. Apresentamos este caso clínico de colite ulcerosa severa e pneumotórax bilateral pela dificuldade do manejo desta situação e pela raridade da associação.

Palavras-chave: Colite Ulcerosa, Pneumotorax, Fibrose pulmonar

PD105- Gastrosquisis: Doze anos de experiência

Marta Sousa Moniz¹, Marta Moura¹, Manuel Brito², Mafalda Castro¹, Piedade Sande Lemos¹, Maria de Lurdes Torre¹

1- Hospital Fernando Fonseca, 2- Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: A gastrosquisis é uma doença congénita rara com uma taxa de sobrevivência superior a 90% mas com uma elevada taxa de morbidade. **Objectivo:** Revisão dos casos de Gastrosquisis em recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Fernando Fonseca e identificar factores de mortalidade e morbidade. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos recém-nascidos internados no Hospital Fernando Fonseca entre Junho de 1996 e Março de 2008. Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade materna, hábitos tabágicos, diagnóstico pré-natal, tipo de parto, idade gestacional, sexo, peso ao nascer, presença de anomalias associadas, procedimento cirúrgico, complicações gastrointestinais e patologias detectadas a longo prazo. O tempo de internamento (TI) e o tempo para aquisição de autonomia alimentar (TAA) foram definidos como medidas de prognóstico. **Resultados:** No nosso hospital a incidência foi de 2,6/10000. Foram estudados catorze recém-nascidos sendo nove (64%) do sexo feminino. Foi realizado diagnóstico pré-natal em 71% dos casos, a média da idade materna foi 22 anos, da idade gestacional foi 35,8 semanas e o peso médio ao nascer foi 2270g. Em onze casos (79%) realizou-se cesariana. O encerramento primário foi efectuado em 13 casos (93%) e num caso foi aplicada uma prótese (Silo). Durante o internamento, 5 doentes (36%) apresentaram complicações intestinais (necrose, malrotação, suboclusão e síndrome de compartimento abdominal) e 9 doentes (64%) sépsis. A mediana do TAA foi de 28 dias e do TI 30 dias. A taxa de sobrevivência foi de 93%. Num período de seguimento entre 6 e 26 meses, 7 crianças apresentaram outras patologias (3 refluxos gastroesofágico, 1 suboclusão intestinal e 3 hérnias (umbilical, incisional e inguinal)). Não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre os parâmetros avaliados e as medidas de prognóstico. **Conclusão:** A incidência de Gastrosquisis no nosso hospital foi semelhante à encontrada na literatura. Embora não exista consenso internacional relativamente ao tipo de parto, a taxa de cesarianas foi elevada. São necessários futuros estudos clínicos e epidemiológicos multicêntricos para identificar os factores mais importantes que afectam a morbidade e mortalidade.

Palavras-chave: Gastrosquisis; Recém-nascido; complicações

PD106- Uma Doença Celíaca “à moda antiga”

Rui Castelo, Susana Almeida, Ricardo Ferreira
Hospital Pediátrico de Coimbra

A doença celíaca é uma enteropatia resultante da exposição ao glúten pelo indivíduo susceptível. O diagnóstico assenta na biópsia intestinal, coadjuvada pela clínica e serologia, sendo o único tratamento a evicção completa do glúten. Nos últimos anos a maior acuidade diagnóstica tem permitindo o diagnóstico mais precoce e com manifestações monossintomáticas ou atípicas, sendo felizmente rara a ocorrência de formas clássicas graves, do tipo “crise celíaca”. Os Autores apresentam um caso clínico de uma criança com uma apresentação típica, mas grave, de doença celíaca. Antecedentes pré e perinatais irrelevantes, diversificação alimentar com introdução de glúten aos 6 meses, com bom crescimento até essa data. Desde então, cruzamento descendente do percentil do peso e após os 9 meses, também da estatura. Aos 15 meses foi internada no hospital local por recusa alimentar, irritabilidade, prostração, distensão abdominal e desnutrição, com hipoproteinemia e hipalbuminemia, acompanhada de distensão difusa das ansas intestinais derrame inter-ansas (Eco). Sem proteinúria. Na investigação realizada, destacam-se anticorpos anti-transglutaminase tecidual positivos, com hemograma, ionograma e função renal normais. Feita desparasitação com tinidazol e programação da restante investigação em ambulatório. Contudo cerca de duas semanas após foi reinternada por agravamento clínico e laboratorial, agora com

recusa da marcha, edemas dos membros inferiores e com marcada distensão abdominal. Hipoalbuminemia e hipoproteinemia marcadas (Prot. Totais 40,4 gr/L e albuminemia 17,6 gr/L). A biópsia duodenal foi compatível com Doença Celíaca (grau 3 de Marsh). Foi iniciada dieta isenta de glúten, mas com melhoria lenta, tendo necessitado de perfusão com albumina e alimentação com leite semi-elementar.

Palavras-chave: doença celíaca, edemas

PD107- Hepatite Auto-imune: casuística da consulta de Gastroenterologia Infantil

Mónica Baptista¹, Laura Barroso¹, Filipa Santos², Isabel Afonso², Helena Flores², Inês Pó², José Cabral²

1- Hospital do Espírito Santo-Évora, 2- Hospital de Dona Estefânia

Introdução: A Hepatite Auto-imune (HAI) é uma patologia caracterizada por perda de tolerância imunitária a antígenos hepáticos, classificando-se de acordo com o perfil serológico em dois grupos: tipo 1 (Ac ANA/Ac SMA) e tipo 2 (Ac LKM1/Ac LC1). O padrão de apresentação clínica é variável, constituindo os corticóides e a azatioprina a terapêutica preconizada. Os inibidores da calcineurina representam uma alternativa para os doentes refractários. **Objectivos:** Determinação da incidência de HAI nos doentes seguidos na Consulta de Gastroenterologia Infantil no período compreendido entre Janeiro de 1999 e Junho de 2008. Caracterização clínica desta população. **Métodos:** Estudo longitudinal, retrospectivo, descritivo no qual foram analisadas diversas variáveis: características demográficas (género, raça, idade), clínica, parâmetros laboratoriais e histológicos, perfil serológico, classificação, terapêutica, evolução e comorbilidade. A referenciação à Consulta de Gastroenterologia de Adultos e a HAI “de novo” constituíram critérios de exclusão. **Resultados:** Dos 21 doentes com diagnóstico de HAI (incidência de HAI: 1,75/1000), 10 não cumpriram os critérios de inclusão (8 doentes já referenciados à Consulta de Adultos e 2 com HAI “de novo”). Dos 11 doentes incluídos, 6 (54,5%) pertenciam ao sexo feminino. A mediana da idade de diagnóstico foi de 10,9 anos (IQ 25-75: 6,6-13,3 anos). A icterícia, dor abdominal e hepatoesplenomegália constituíram sintomas de apresentação frequentes (27,3%, 36,4% e 27,3% dos doentes, respectivamente). Em 2 doentes (18,2%) verificou-se a presença de varizes esofágicas. A HAI tipo 1 foi a mais frequente (72,7% dos doentes). Todos os doentes realizaram biópsia hepática. Em 10 (90,9%) observou-se normalização da função hepática com a terapêutica embora com recorrência posterior da doença em 4 (36,4%). A presença de comorbilidade auto-imune verificou-se em 6 doentes (54,5%): Colite ulcerosa (2 doentes), Doença Celíaca, Síndrome de Sjögren, Diabetes Mellitus tipo 1 e Tiroidite Auto-imune. **Conclusões:** Este estudo ilustra, apesar das dificuldades diagnósticas, a boa resposta à terapêutica desta patologia. Verificou-se uma incidência do tipo 1 relativamente ao tipo 2 discretamente superior ao descrito na literatura. É discutível o papel da não aderência à terapêutica versus curso natural da doença nas recorrências observadas. A comorbilidade auto-imune foi mais frequente do que o esperado nesta população.

Palavras-chave: Hepatite auto-imune, biópsia, corticóides

PD108- Gastroenterite aguda – Vale a pena vacinar?

Ana Catarina Faro, Ana Ramalho, Glória Silva, Lucinda Pacheco, Carlos Pereira Duarte

Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: A gastroenterite aguda (GEA) é um motivo frequente de recorrença ao Serviço de Urgência e consequentemente de internamento hospitalar, em idade pediátrica. **Objectivo:** Avaliar as características clínicas, analíticas e etiológicas de todas as crianças internadas por GEA durante um ano, no Serviço de Pediatria. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo, em que se procedeu à avaliação de idade, sexo e área de residência, sintomas e sinais, alterações analíticas, motivo e duração de internamento, co-morbilidades e episódios anteriores de GEA, contexto epidemiológico, terapêutica instituída, complicações e agente isolado. Este estudo decorreu de 1 de Janeiro de 2007 a 31 de Dezembro de 2007, abrangendo todas as crianças internadas no Serviço de Pediatria com o diagnóstico de admissão de GEA. **Resultados:** Foram internadas 82 crianças com o diagnóstico de admissão de GEA (14,9% do total de internamentos em 2007). A mediana da idade foi de 1,0 anos e 53,7% eram do sexo masculino. Os meses com maior número de internamentos por GEA foram Março (15,9%), Abril (18,3%) e Maio (20,7%). O local de residência mais frequente foi Rabo Peixe (17,1%). Na maioria não havia referência a contexto epidemiológico ou co-morbilidades (82,9% e 79,3%, respectivamente). Em 11,0% foram identificados erros alimentares e

em 6,1% problemas sociais graves. Em 12,2% havia referência a episódio de GEA anterior. A duração média do internamento foi de 3,2 (\pm 2,0) dias. Os sintomas mais frequentes foram diarreia (93,9%), vômitos (75,6%) e febre (52,4%). A desidratação foi considerada ligeira em 36,6%, sendo que 56,1% não apresentavam sinais de desidratação. A perda ponderal foi registada em 18,3%, sendo inferior a 5,0% em 66,7% destes. Em 51,2% não havia alterações analíticas de relevo. Os motivos de internamento mais frequentes foram vômitos incoercíveis (32,9%), recusa alimentar (22,0%) e desidratação (15,9%). O Rotavírus foi o agente mais frequentemente isolado (28,0%). A terapêutica instituída com maior frequência foi a hidratação por via endovenosa (92,7%). Não houve complicações em 90,2%; todos evoluíram favoravelmente. **Discussão:** Foram internadas com o diagnóstico de GEA sobretudo crianças pequenas (idade inferior a 3 anos), sendo os internamentos de curta duração. O Rotavírus mantém-se como um importante agente causador de GEA, com gravidade suficiente para justificar internamento hospitalar.

Palavras-chave: Gastroenterite aguda, desidratação, Rotavírus

PD109- Doença Inflamatória Intestinal: realidade pediátrica do Hospital São Marcos

Liliana Pinheiro¹, Henedina Antunes²

1- Hospital São Marcos, 2- Hospital São Marcos, Escola de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: A Doença Inflamatória Intestinal (DII) surge em um terço dos casos em idade pediátrica e a incidência está a aumentar. A maioria da informação epidemiológica disponível baseia-se em estudos de adultos. **Objectivo:** Caracterizar doentes pediátricos com DII quanto à forma de apresentação e evolução. Optimizar protocolo de seguimento na área pediátrica. **Metodologia:** Estudo descritivo retrospectivo com base nos processos clínicos de 18 doentes seguidos em consulta no Hospital São Marcos. Foram analisadas variáveis consideradas determinantes para responder aos objectivos do estudo. **Resultados:** Dos 18 doentes com DII, 10 (56%) eram do sexo masculino. Mediana de idade na altura do diagnóstico foi 15 anos (7-17 anos). Tempo decorrido entre início dos sintomas até ao diagnóstico com mediana de 5 semanas (0-48 semanas). Dez doentes (56%) tinham Doença Crohn (DC) e 8 (44%) tinham Colite Ulcerosa (CU). História familiar DII foi verificada em 3 (17%) dos doentes. A forma de apresentação foi: diarreia (6;33%), rectorragia (6;33%), astenia (2;11%), abdómen agudo (2;11%), dor abdominal (1;6%) e anemia (1;6%). Os sintomas mais frequentes foram: diarreia (15;83%), dor abdominal (14;78%), rectorragia (11;61%) e emagrecimento (10;56%). De sete (39%) com manifestações extra-intestinais, 5 (71%) tinham DC: artrite (7;100%), eritema nodoso (3;43%), hepatite auto-imune (2;29%), episclerite (1;14%) e aftas da mucosa oral (1;14%). No episódio inaugural registou-se anemia em 10 doentes (56%) e velocidade sedimentação superior 20 mm/h em 14 (78%). Dos 8 casos de CU, 4 (50%) apresentavam pancolite, 2 (25%) atingimento cólon esquerdo e 2 (25%) cólon sigmóide. Um doente com CU (13%) não tinha rectite. Dos 10 casos de DC havia comprometimento: íleo e cólon (5/50%), só intestino delgado (2/20%), só cólon (1/10%), com tracto digestivo superior atingido (3/30%). Cinco DC (50%) tinham doença anal: fissura (2/40%), fístula (2/40%) e abcesso (1/20%). Classificou-se DC em não estenosante e não penetrante em 5 casos (50%), estenosante em 3 (30%) e com fístula e abcesso em 2 (20%). Terapêutica no episódio inaugural foi: glucocorticóides (17;94%), mesalazina (15/83%), azatioprina (4/22%), antibioticoterapia (7/39%) e ferro endovenoso (6/33%). Dois doentes com DC foram submetidos a cirurgia. **Conclusões:** A melhor caracterização de doentes pediátricos com DII relativamente a forma de apresentação e evolução clínica proporcionarão melhor abordagem das complicações e optimização terapêutica.

Palavras-chave: doença de crohn, colite ulcerosa, criança, adolescente

PD110- Hepatite Autoimune na criança: doença rara, diagnóstico fácil

Ana Brett¹, Isabel Gonçalves¹, Carla Pinto¹, António Pedro Campos¹, Maria Augusta Cipriano²

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Na última década assistimos a um decréscimo na incidência de hepatites virais e a um crescente número de diagnósticos de Hepatite Autoimune (HAI) na infância. A HAI, bem como a doença de Wilson, é um exemplo de hepatopatia tratável cujo início do tratamento condiciona o prognóstico. No entanto, a ideia de que é uma situação rara persiste, condicionando demora diagnóstica e terapêutica. **Objectivos:** Avaliar dados demográficos, sintomatologia inicial e demora diagnóstica na HAI. **Material e Méto-**

dos: Estudo descritivo, cujo método de colheita de dados foi retrospectivo, sendo o universo constituído por todas as crianças com o diagnóstico de HAI e vigiadas em consulta de Hepatologia. **Resultados:** Num período de 16 anos foram diagnosticados 23 casos de HAI, 21 dos quais na última década. Destes, 60,8% são do sexo feminino e 60,8% têm idade superior a 8 anos, sendo a idade média de diagnóstico 8 anos e 9 meses. A demora diagnóstica foi superior a um mês, com uma mediana de 11 meses, em 47,8% dos casos. Dezanove crianças apresentaram hepatite aguda (14 com hepatite colestática) e as restantes 7 apresentaram hepatite crónica (1 com cirrose terminal). Tinham antecedentes pessoais e familiares de doença autoimune respectivamente 21,7% e 17,4% dos casos. Laboratorialmente sublinha-se hiperglobulinémia (> 30g/L) e transaminases elevadas na totalidade das crianças, com citólise grave (ALT > 500UI/L) em 70% dos casos. Tinham autoanticorpos positivos 21/23 casos, 16 com ANA ou ASMA (hepatite autoimune tipo 1) e 5 com LKM1 ou LC1 (hepatite autoimune tipo 2). Todos os diagnósticos foram confirmados por biópsia hepática. Em 76% dos casos as enzimas normalizaram 2 meses após o início de imunossupressão. Dois casos necessitaram de transplante hepático, um dos quais faleceu. **Comentários:** Como descrito noutras séries, 2/3 das crianças apresentaram clínica e dados laboratoriais sugestivos de HAI (sexo feminino, idade superior a 8 anos, hepatite colestática, hiperglobulinémia e enzimas de citólise elevadas). Aguardar 6 meses para prosseguir a investigação de uma doença de fácil diagnóstico e tratável, não é recomendável.

Palavras-chave: Hepatite autoimune, rapariga, hiperglobulinémia

PD111- Gastroenterite Aguda - Casuística de um ano de internamento

Mónica Tavares, Marta Rios, Luís Ribeiro, Susana Pinto

Centro Hospitalar do Porto – EPE Unidade Hospital Santo António (HSA)

Introdução: A Gastroenterite Aguda (GEA) é uma doença muito prevalente em idade pediátrica. Apesar de habitualmente benigna e auto-limitada, pode ser responsável por um grande número de internamentos e de infeções nosocomiais (IN), condicionando custos elevados. **Objectivos:** Avaliação da prevalência de internamentos por GEA no Serviço de Pediatria do HSA entre Julho/2006 e Junho/2007, caracterizando a clínica, etiologia, tratamento e evolução. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo e transversal por consulta dos processos clínicos das crianças com menos de 16 anos, internadas por GEA, definida como 3 ou mais dejeções líquidas durante 24h (WHO). Variáveis analisadas: sexo, idade, tipo de infeção, motivo de internamento, distribuição sazonal, factores de risco/protecção, clínica, exames complementares de diagnóstico (ECD), etiologia, terapêutica e duração do internamento. Efectuado tratamento estatístico dos dados por EXCEL/SPSS 15.0. **Resultados:** A GEA correspondeu a 13% (n=108) do total de internamentos. A mediana da idade foi de 16 meses (média - 2 anos e 9 meses). A infeção foi adquirida na comunidade (AC) em 83% dos casos. Vómitos incoercíveis e/ou desidratação motivaram o internamento em 70% dos doentes. Cerca de 49% das crianças não recorreram previamente ao Centro de Saúde (CS). Para além da diarreia, 79% dos doentes apresentaram vómitos e 72% febre. Os ECD realizados foram hemograma e bioquímica (86%), exame virológico de fezes (82%), coprocultura (18%) e hemocultura (16%). A etiologia vírica foi identificada em 43%, sendo o Rotavírus (RV) o principal agente isolado (35%). Detectada infeção bacteriana em 7% das crianças. Em 50% não houve identificação do agente etiológico. Nos casos de IN (n=18), o RV foi isolado em 12 doentes (67%). Efectuada fluidoterapia ev em 81%. A mediana do tempo de internamento foi de 4 dias. **Conclusões:** Embora a GEA seja uma patologia habitualmente tratável em ambulatório que deve ser abordada inicialmente pelos cuidados de saúde primários, verificou-se um elevado número de internamentos e de crianças que não recorreram ao CS. Apesar da elevada percentagem de IN (17%), consideramos que este valor pode ainda estar subestimado. Uma vez que o RV foi o agente etiológico responsável por 67% dos casos de IN, reforçamos a importância das medidas de contenção hospitalar na prevenção da doença e na redução dos custos.

Palavras-chave: GEA, Rotavírus, Internamento, Criança

PD112- Pancreatite recorrente - caso clínico

Teresa M. Guimarães, Filipa Balona, João Neves, Sónia Carvalho, Paula Fonseca

Centro Hospital Médio Ave - Unidade de Famalicão

Descrição do Caso: Relata-se o caso de uma adolescente do sexo feminino, 13 anos de idade, habitualmente saudável, que apresentou dois episódios de pancreatite aguda, manifestados por dor epigástrica e vómitos, num espaço de

15 dias. Exame objectivo irrelevante, à excepção de excesso ponderal. Da investigação realizada, a referir hiperamilasemia e elevação das transaminases, com hemoleucograma e esfregaço sanguíneos normais. A ecografia abdominal revelou microlitíase, sem evidência de dilatação do sistema biliar. Efectuou colangiressonância que mostrou focos de baixo sinal no lúmen da vesícula biliar, sem dilatações das vias biliares intra-hepáticas nem do canal hepático comum e colédoco. Por ausência de normalização das transaminases, realizou colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), com esfinterotomia e extracção de 4 cálculos de reduzidas dimensões. Foi submetida posteriormente a colecistectomia laparoscópica de urgência por quadro de colecistite aguda. Apresentou evolução pós-operatória favorável, encontrando-se assintomática desde então. **Discussão:** A pancreatite aguda numa adolescente implica uma investigação etiológica alargada de modo a excluir causas hematológicas, infecciosas, doenças multissistémicas e anormalias pancreatobiliares congénitas. Os autores apresentam este caso pela sua raridade em idade pediátrica.

Palavras-chave: pancreatite, litíase biliar

PD113- Hipoproteinemia e hipoalbuminemia – Caso Clínico

Catarina Resende¹, Joana Raposo², Dora Gomes¹, Fátima Simões¹

1- Serviço de Pediatria Hospital São Teotónio, Viseu, 2- Serviço de Anatomia Patológica Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: A presença de hipoproteinemia e hipoalbuminemia em Pediatria é uma situação que requer esclarecimento da etiologia pela sua implicação terapêutica e orientação. Pode dever-se a perda proteica urinária, gastro-intestinal ou défice de síntese. **Caso Clínico:** HTC, sexo masculino, 3 anos de idade, quatro dias antes do internamento inicia vómitos incoercíveis. Em D1 de doença recorre à Urgência Pediátrica (UP) do Hospital São Teotónio. Fica internado na Unidade de Internamento de Curta Duração com alta após tolerar hidratação oral. Em D4 recorre novamente à UP por reinício dos vómitos, dor abdominal difusa e edema palpebral. À admissão apresentava petéquias de esforço na face, edema palpebral e membros inferiores e abdómen doloroso à palpação na região peri-umbilical. Dos exames complementares de diagnóstico salienta-se eosinofilia (6.1%), hiponatremia (127mEq/L), hipoproteinémia (3.2g/dL), hipoalbuminémia (2.4g/dL), transaminases, estudo de coagulação e sumária de urina sem alterações, proteína C reactiva negativa. Serologias para CMV, Mycoplasma, Herpes Simplex, Enterovirus e Helicobacter Pylori negativas, anticorpos anti-transglutaminase, Coproculturas e estudo parasitológico de fezes negativo. Exclui-se doença renal ou hepática, considera-se Enteropatia Perdedora de Proteínas. A endoscopia digestiva alta, realizada em D6, foi compatível com gastropatia exsudativa. Durante o internamento houve necessidade de infusão de albumina a 20%. Alta em D8 com regressão gradual dos edemas e tolerância oral. Reavaliado após quatro semanas, assintomático e com estudo analítico dentro da normalidade. A biópsia gástrica revelou Gastrite Eosinofílica, de etiologia a esclarecer, pelo que permanece na consulta de Gastroenterologia pediátrica. **Conclusões:** A Gastroenterite Eosinofílica, entidade rara, engloba um grupo de distúrbios caracterizados por infiltração eosinofílica de diferentes áreas do tracto gastrointestinal (esofagite, gastrite, enterite ou colite) e associada a eosinofilia periférica em cerca de 80%. Divide-se em três categorias dependendo da profundidade de infiltração (mucosa, muscular e subserosa). A patogénese não está completamente esclarecida, mas estudos epidemiológicos sugerem um componente alérgico.

Palavras-chave: Hipoalbuminemia; Eosinofilia; Gastroenterite eosinofílica

PD114- Falência hepática aguda: 2 casos pediátricos, 2 etiologias

Ana Cristina Gomes¹, Daniela Alves², Rita Araujo³, Lourenço Labandeiro³, Farelle Neves¹, Isabel Gonçalves¹, Virgínia Sampaio³

1- Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, 2- Hospital São João, EPE, 3- Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

A etiologia e evolução da falência hepática aguda (FHA) na criança varia com a idade: etiologia metabólica (2 primeiros anos) e tóxica, viral ou imunológica (criança mais velha). A maioria necessita transplante hepático (TRH). Mais raramente, o fígado é envolvido em doença sistémica e o tratamento é o da doença de base. Apresentam-se 2 casos de FHA com terapêutica e prognóstico diferente. Caso 1 – Rapariga 13 anos, saudável, cerca de 24h após ingerir cogumelos selvagens, recorre ao hospital local por dor abdominal, vómitos e diarreia com 12h de evolução. Contexto de intoxicação familiar. Analiticamente sem alterações. Iniciou Penicilina G, silibina, carvão activado, N-acetilcisteína e fluidoterapia. Durante o interna-

mento (24h) agravamento progressivo das transaminases (AST 1454, ALT 1347), e coagulopatia refractária à vitamina K. Decidiu transferir para centro de referência em TRH. Esteve em vigilância durante 10 dias sob a mesma terapêutica. Clinicamente estável, sem encefalopatia e com melhora analítica progressiva. Foi reavaliada após 2,5 meses, com bom estado geral e analiticamente sem alterações. Caso 2 – Rapaz 7 anos, previamente saudável, recorre ao hospital local por febre, tosse e rinorreia, com 5 dias de evolução, e mais tarde vômitos alimentares (1 hemático). Tinha ao exame objectivo desidratação ligeira, sem outras alterações. Analiticamente: AST 998, ALT 997, TP aumentado, Factor VII 2%. Ecografia com ligeira esplenomegalia. Durante o internamento, apresentou icterícia, hepatoesplenomegalia e febre com agravamento da citólise hepática e coagulopatia refractária vit K. Esfregaço com alguns linfócitos atípicos e imaturos. Transferido para hospital de referência em TRH com o diagnóstico de insuficiência hepática grave de etiologia desconhecida. Suspeita de massa mediastínica no Rx do tórax confirmada por TAC. Encontrado blastos no sangue periférico e medula óssea sugestivo de Leucemia T, envolvendo fígado, baço, mediastino e linfadenopatias generalizadas. Orientado para centro oncológico da área. Fez terapia conservadora durante 3 dias sem melhora. Evoluiu como FHA com coagulopatia refractária vit K e encefalopatia IV. Faleceu por falência multiorgânica cerca de 10 dias após o início dos sintomas. Estes dois casos são curiosos por terem etiologia determinada precocemente, mas opções terapêuticas diferentes: o 1º cai nos raros 20% que curam sob terapia de suporte, o 2º sem indicação para TRH apesar do agravar da função hepática.

Palavras-chave: Falência hepática aguda

PD115- Infecção pelo vírus de Epstein-Barr e Hepatite-Autoimune em idade pediátrica: associação casual?

Cristina Gonçalves¹, João Pimentel², Inês Gonçalves³, Conceição Crujo³, Mário Matos³, Ana Isabel Lopes²

1- Hospital de Santa Maria - CHLN, 2- Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria - CHLN, 3- Serviço de Anatomia Patológica; Hospital de Santa Maria - CHLN

Embora o vírus de Epstein-Barr (EBV) tenha sido implicado como potencial trigger da hepatite auto-imune de tipo I, a evidência clínica suportando tal associação é ainda escassa. Recentemente, tem vindo a ser admitida com maior probabilidade a interacção sinérgica entre factores genéticos do hospedeiro e o EBV, preferencialmente à hipótese do mimetismo molecular. Apresenta-se o caso de uma criança de 7 anos, sexo feminino, sem antecedentes relevantes, referenciada por cansaço e icterícia com um mês de evolução. No exame físico inicial destacavam-se febre moderada (auto-limitada), icterícia, moderada, hepatomegalia e diminuição dos tons cardíacos, destacando-se na avaliação analítica: AST/ALT:947/881 UI/L; yGT:174UI/L, BILT/D:3.7/2.2mg/dl. Confirmou-se a presença de pequeno derrame pericárdico, que subsequentemente regrediu (previamente à instituição de terapêutica). A investigação etiológica de acordo com o grupo etário, evidenciou positividade dos anticorpos anti-nucleares e anti-músculo liso, hipergamaglobulinémia (IgG), mas igualmente serologia compatível com infecção aguda por EBV (IgG, IgM, EA e EBNA positivos), embora a pesquisa de DNA sérico (PCR) tivesse sido negativa. A histopatologia hepática foi compatível com o diagnóstico de hepatite autoimune, tendo-se adicionalmente evidenciado positividade da pesquisa de EBV no tecido hepático (hibridização in situ). Uma vez constatadas a negatividade subsequente da serologia para EBV e a persistência da negatividade do DNA viral sérico, foi instituída terapêutica com prednisolona, azatioprina e ácido ursodesoxicólico (val. max. AST/ALT: 2030/ 1370 UI/L). Verificou-se resposta favorável, embora com um demorado declínio dos enzimas hepáticos (AST/ALT e y-GT), relativamente ao padrão de resposta mais habitual na hepatite auto-imune da criança. Ao longo do período de seguimento (13 meses) sob a terapêutica instituída, a criança manteve-se assintomática, persistindo a negatividade da serologia para EBV e do respectivo DNA sérico. Salientam-se as particularidades deste caso pediátrico reportando uma associação temporal entre infecção por EBV e Hepatite Autoimune, destacando-se a discreta apresentação da infecção aguda por EBV (reconhecida na criança mais jovem), bem como algumas dificuldades na abordagem clínica suscitadas pela coexistência destas duas entidades nosológicas, em particular os dilemas inerentes à instituição de terapêutica imunossupressora neste contexto.

Palavras-chave: Hepatite Autoimune, Vírus Epstein Barr

PD116- Aleitamento materno – porque não?

Ana Catarina Faro, Ana Ramalho, Glória Silva, Fernanda Gomes, Carlos Pereira Duarte

Hospital do Divino Espírito Santo

Introdução: O aleitamento materno (AM) tem múltiplas vantagens, sobejamente conhecidas e incontestáveis, quer a curto como a longo prazo, no entanto a adesão ao aleitamento materno está longe de ser a desejável. **Objectivo:** Avaliar a prevalência do AM na maternidade do nosso hospital e estudar os factores que determinam o seu abandono precoce. **Material e Métodos:** Estudo longitudinal prospectivo baseado em questionários aplicados às puérperas no dia da alta da maternidade (realizados de 01-02 a 30-04-08) e posteriormente, por contacto telefónico, aos 2 e 4 meses. **Resultados:** Realizaram-se 299 inquéritos. A idade materna média foi de 27,2 (\pm 5,6) anos e paterna de 30,8 (\pm 6,3) anos. A escolaridade materna e paterna foi igual ou inferior ao 9º ano em 68,6 e 78,1%, respectivamente. Em 43,1% as mães não trabalhavam. O seguimento da gravidez foi por Obstetra privado em 48,9% e no Centro de Saúde em 46,5%. Das múltiparas 64,8% tinham amamentado antes. De todas as puérperas 80,9% pensaram em amamentar, mas 39,5% não procuraram obter informação sobre AM. Durante as consultas pré-natais 82,3% foram aconselhadas a amamentar; sendo este valor diferente de acordo com o local de seguimento. Os RN foram colocados à mama no Bloco de Partos em 56,9%. Na maternidade 84,3% referem ter recebido informação sobre o AM. Das 84,9% que iniciaram o AM durante a estadia na maternidade, 89,0% sentiram-se apoiadas durante a sua prática, mas 13,4% acharam que o apoio não foi suficiente. Fizeram suplemento 48,7%; destas 34,0% por considerarem não ter leite suficiente. De todas as puérperas inquiridas 74,2% sentiram que foram, no geral, incentivadas a iniciar o AM. Estavam a amamentar à data da alta 67,2%, destas, 96,0% sempre o desejaram fazer e 30,6% gostariam de manter 1 ano. Um mês após a alta cerca de metade (52,2%) das mães que saíram a amamentar já não o faziam. Aos 2 meses, 32,3% continuavam a amamentar (21,1% de todas as puérperas inquiridas) e 63,5% faziam-no em exclusivo. Aos 4 meses, apenas 11,7% de todas as puérperas inquiridas mantinham o AM (correspondendo a 17,4% das que tiveram alta a amamentar); destas 31,2% mantinham AM exclusivo. **Discussão:** A adesão ao AM no nosso hospital, tanto à data de alta da maternidade, como aos 4 meses, é manifestamente baixa, sobretudo quando comparada com estudos semelhantes realizados noutros hospitais do nosso país. No entanto, em comparação com outros estudos anteriormente realizados no nosso hospital, verificou-se uma franca melhoria.

Palavras-chave: Aleitamento materno, puérperas, recém-nascido

PD117- Hepatite B crónica – avaliação da eficácia do tratamento com interferão Alfa-2B

Carla Costa¹, Ana Teixeira², Carla Novais², Susana Pissarra³, Eunice Trindade³, Jorge Amil³

1- Hospital de São João, 2- Hospital de São João - Serviço de Pediatria, 3- Hospital de São João - Unidade de Gastroenterologia Pediátrica

Introdução: Os benefícios do tratamento de crianças infectadas com o vírus da hepatite B com interferão não são totalmente consensuais. Os pacientes com replicação vírica activa são os que mais beneficiam do tratamento. **Material e Métodos:** Foi realizado o registo prospectivo de 88 crianças (54M, 34F) em consulta por hepatite B crónica. Foram estabelecidos 2 grupos: Grupo 1: crianças/adolescentes com critérios para tratamento com interferão (ALT \geq 3xNormal e Ag Hbe+ durante mais de 6 meses, com replicação de VHB). Grupo 2: sem critério para tratamento. Os parâmetros de eficácia primários foram a perda de DNA-VHB e do AgHBe. Todos os doentes realizaram controlo clínico e analítico anual. **Resultados:** Grupo 1: n=16 (10M/6F), idade média no diagnóstico: 5,8 anos (1,2–10,4A). Transmissão vertical em 68% dos casos (n=11). Os níveis de ALT no diagnóstico foram em média 345U/L. A normalização de ALT ocorreu 4,6 anos (média) depois do diagnóstico da doença e 3,3 anos (média) após início do tratamento com interferão. A conversão anti-HBe foi de 93,7% (n=15), 3,5 anos (média) após o diagnóstico e 2,1 anos (média) depois início do tratamento. O seguimento é de 9,7 anos (média). Grupo 2: n=72 (44M/28F), idade média de diagnóstico: 6,6 anos (1M – 22A). Os níveis médios de ALT eram de 102 U/L e a normalização ocorreu 1,2 anos (média) após diagnóstico. Em 45,8% (n=33) ocorreu conversão anti-HBe 3,1 anos (média) após o diagnóstico. O seguimento é de 10,9 anos (média). **Conclusão:** O uso terapêutico de interferão em doentes com elevada actividade inflamatória hepática está associado a maior taxa de seroconversão do Ag HBe, e é bem tolerado na maioria dos doentes.

Palavras-chave: hepatite B crónica, crianças, interferão alfa 2b, conversão anti-HBe

PD118- Esofagite herpética, um diagnóstico a considerar em imunocompetentes? – Caso clínico

Rita Marques, Filipa Nunes, Paula Azeredo
Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta

A esofagite pelo Vírus Herpes simplex (VHS) é uma infecção oportunista frequentemente descrita em indivíduos com depressão do sistema imunológico, sendo raramente descrita na literatura em indivíduos imunocompetentes. A Catarina é uma menina de 10 anos previamente saudável. Recorreu à nossa Urgência por dor retroesternal (terço inferior) com 4 dias de evolução, acompanhada posteriormente por febre baixa sem calafrios, odinofagia e disfagia para sólidos e líquidos. Ao exame objectivo apresentava-se sub-febril, queixosa e com lesão vesicular no lábio superior. Analiticamente não apresentava alterações no hemograma. No exame sumário de urina verificou-se uma densidade superior a 1.030 e cetonúria. Fez endoscopia digestiva alta que revelou úlceras profundas nos dois terços inferiores do esófago, que, ao exame anatomo-patológico, eram compatíveis com esofagite herpética. Medicou-se com omeprazol e paracetamol, tendo-se verificado uma melhoria progressiva das queixas algícas. Houve uma preocupação na manutenção de um adequado estado nutricional e de hidratação. Não se fez terapêutica anti-viral. Em consulta de seguimento verificou-se uma seroconversão da IgM e IgG para Herpes simplex tipo 1. Este caso clínico alerta-nos para a possibilidade da esofagite herpética poder ocorrer em indivíduos imunocompetentes. É ainda interessante verificar que a dor torácica, neste caso, foi o sintoma de apresentação da doença.

Palavras-chave: Esofagite, Herpes, imunocompetente, disfagia

Área Científica - Hematologia**PD119- Crianças dos PALOP desafios e angústias**

Mafalda Paiva¹, Raquel Ferreira¹, Orquídea Freitas², Teresa Almeida²

1- Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE,
2- Unidade de Imunohematologia Serviço 2 do Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

Introdução: A anemia é a alteração laboratorial mais frequentemente encontrada em pediatria. Aproximadamente 20% de todas as crianças nos EUA e 80% em países em desenvolvimento terão anemia antes dos 18 anos de idade. É também causa frequente de evacuação para Portugal de países africanos de língua portuguesa. **Caso Clínico:** Criança de 6 anos, sexo feminino, natural de São Tomé e Príncipe, sem antecedentes familiares de relevo, que é evacuada para Portugal por “anemia grave” diagnosticada em contexto de infecção respiratória 8 meses antes. Enquanto aguardava a evacuação teve 1 episódio de hemoptises, várias infecções respiratórias e fez múltiplas transfusões. À chegada a Portugal tinha pancitopenia grave (Hb 7,9 g/dl neutrófilos 500/ μ l e plaquetas 2000/ μ l, ferritina de 2158 ng/ml, ferro 275 μ g/dl). Apresentava também disfunção hepática (TGO 46 UI/L, TGP 69 UI/L, GGT 151 UI/L) com sinais de esteatose na ecografia, de etiologia provavelmente multifactorial (hepatite vírica, hemossiderose secundária...). Fez fibroscann hepático que excluiu fibrose e pelo risco hemorrágico não fez biópsia. Cromatografia das hemoglobinas normal, serologias virais para infecção recente e pesquisa de plasmódio negativas. Biópsia de medula óssea e mielograma compatíveis com aplasia medular. Excluiu-se hemoglobinúria paroxística nocturna, doença auto-imune e deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico. O fenótipo (facies, hipoplasia da eminência tenar, baixa implantação do polegar e sindactilia do 2º e 3º dedos do pé direito) levou-nos ao diagnóstico de Anemia de Fanconi, confirmado por estudo cromossómico com DEB e mitomicina. Não tem dador de medula óssea compatível, pelo que fez terapêutica com nandrologa e prednisolona durante 3 meses, sem resposta. Por história social e familiar complicada ficou internada durante 8 meses e meio. Neste período teve 2 sépsis 1 a S epidermidis e outra sem agente isolado. Foi submetida a múltiplas transfusões de concentrado plaquetário e eritrocitário e fez 2 ciclos de terapêutica com desferroxamina. **Comentários:** A aplasia medular é uma patologia rara e devastadora. Pode ser herdada ou adquirida. A forma herdada mais frequente é a Anemia de Fanconi. Esta é menos frequente na raça negra e quando ocorre, em geral, tem má resposta à terapêutica. Este caso coloca-nos um problema terapêutico grave, dada a dificuldade em encontrar dador compatível em crianças de raça negra e a ausência de resposta à terapêutica androgénea, restando apenas terapêutica de suporte.

PD120- Anticorpos anti-protrombina, a propósito de um caso clínico

Cristiana Carvalho, Paulo Maia, Teresa Rezende
Hospital de Santo André - Leiria

Introdução: Os anticorpos antifosfolípidos (AFL) são um grupo heterogéneo de autoanticorpos, com manifestações clínicas muito variadas, que podem surgir de forma transitória, geralmente no contexto de doenças infecciosas, ou estar presentes de forma persistente, no contexto de doenças autoimunes. Em crianças, os processos infecciosos podem ser responsáveis pelo aparecimento de anticorpos antifosfolípidos de forma assintomática e transitória. No entanto, quando estes anticorpos são dirigidos contra factores específicos de coagulação, como a protrombina (FII), podem estar associados a hipoprotrombinémia e hemorragia de gravidade variável. Apresenta-se o caso duma criança de 7 anos, previamente saudável, com hemorragia severa após extracção dentária. Episódio de gastroenterite aguda na semana anterior. Analiticamente: Hb 9,0g/dL, Plaquetas 420x109/L, TP 27.65s (13.35), APTT 125.5s (28.3). A mistura com plasma normal não corrigiu o APTT. O doseamento dos factores de coagulação revelou FII <1%. Detectados anticoagulantes lúpicos fortemente positivos. Inicialmente foi tentada hemostase local com aplicação de esponja hemostática de gelatina absorvível (Spongostan®) e Ácido ϵ -amino-caproico (Epsicapron®), sem sucesso. Posteriormente administrou-se Plasma Fresco Congelado (PFC), mantendo-se hemostase local. Verificou-se melhoria clínica progressiva, sem hemorragia activa a partir do 7º dia e um mês depois havia normalização do FII e ausência de anticorpos. **Conclusão:** Os anticorpos anti-protrombina são uma causa muito rara de diátese hemorrágica na infância. Dado que muitos casos são pós infecciosos, transitórios e assintomáticos, esta situação pode ser subdiagnosticada. Em crianças com sintomas hemorrágicos de início recente, ou prolongamento dos tempos de coagulação sem causa conhecida, esta etiologia deve ser considerada, pois pode levar a hemorragia importante, e o seu diagnóstico precoce vai evitar investigação desnecessária.

Palavras-chave: Hipoprotrombinémia, anticoagulante lúpico, hemorragia

PD122- Púrpura trombocitopénica imune e doença inflamatória intestinal – a propósito de um caso clínico

Joana Fermeiro¹, Isabel Esteves², Maria João Palaré², Anabela Ferrão², Ana Palha³, Ana Isabel Lopes⁴, Anabela Morais⁵

1- Hospital de Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN),
2- Unidade de Hematologia Pediátrica, Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN),
3- Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN),
4- Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN),

A Púrpura trombocitopénica imune (PTI) constitui uma doença hematológica frequente em idade pediátrica e cursa habitualmente com uma evolução auto-limitada. É conhecida a sua associação a várias doenças com envolvimento sistémico, nomeadamente lupus eritematoso sistémico, doença linfoproliferativa e, raramente, doença inflamatória intestinal idiopática (DII). Descreve-se o caso clínico de um adolescente de 15 anos com quadro de discrasia hemorrágica com atingimento muco-cutâneo e dejectões diarreicas com sangue vivo com um mês de evolução. À observação apresentava petéquias e equimoses nos membros, sem evidência de organomegalias ou adenomegalias. Analiticamente, destacava-se trombocitopenia grave (9x109/L) sem outras citopenias, esfregaço de sangue periférico e provas de coagulação sem alterações e serologias virais negativas. Do perfil de auto-imunidade salientava-se positividade para ANA e negatividade para p-ANCA e ASCA. O mielograma foi compatível com PTI, tendo sido instituída terapêutica com gamaglobulina inespecífica ev. Por refractariedade a esta terapêutica, associou-se corticoterapia em pulsos. Por recorrência frequente de trombocitopenia grave com repercussão clínica (hematoquézia com anemia), foi instituída corticoterapia diária 2 meses após o início da doença actual. A avaliação endoscópica proximal e distal evidenciou friabilidade difusa da mucosa, lesões esparsas de tipo petequeal/sufusões, salientando-se adicionalmente, ao nível do cólon esquerdo, alterações da mucosa com padrão micronodular. Histologicamente, confirmou-se presença de processo inflamatório crónico compatível com colite ulcerosa; a pesquisa de CMV foi negativa. Verificou-se resolução da sintomatologia gastrointestinal sob corticoterapia diária sem concomitante normalização da contagem plaquetária. No estadio actual (PTI com 5 meses de evolução) terão de ser equacionadas outras abordagens terapêuticas (terapêutica imunossupressora e esplenectomia). O caso clínico descrito ilustra a associação já conhecida, embora rara, entre PTI e colite ulcerosa em idade

pediátrica. As perdas hemáticas gastrointestinais não constituem uma manifestação frequente de PTI, pelo que a sua ocorrência nesse contexto deverá impôr investigação de patologia gastrointestinal concomitante. A associação destas duas doenças parece comprometer reciprocamente a resposta à terapêutica convencional, tendo sido reportada a eficácia da colectomia nalguns casos de PTI refractária associada a DII.

Palavras-chave: Púrpura trombocitopénica imune, Doença inflamatória intestinal

PD123- Púrpura trombocitopénica idiopática na criança: o que esperar?

Patrícia Santos, Ana Aguiar, Sérgia Soares, Sofia Aroso
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) é a doença hematológica adquirida mais comum na infância. Caracteriza-se por destruição prematura das plaquetas pelo sistema reticuloendotelial, com contagem de plaquetas inferior a 150000/L. Habitualmente manifesta-se por aparecimento súbito de equimoses fáceis e petéquias dispersas numa criança de outro modo saudável, apresentando uma evolução por norma benigna e auto-limitada. No entanto em 15 a 20% dos casos ocorre persistência da trombocitopenia por mais de 6 meses, denominando-se esta forma de PTI crónica. **Objectivo:** caracterizar os internamentos por PTI aguda e posterior evolução clínica. **Métodos:** Estudo retrospectivo com análise dos processos clínicos das crianças internadas por PTI inaugural entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2007. Parâmetros avaliados: sexo, idade, mês de apresentação, sinais e sintomas no diagnóstico, antecedentes, exames auxiliares de diagnóstico, tratamento e evolução (tempo de seguimento mínimo: 14 meses). **Resultados:** Durante este período estiveram internadas 13 crianças (43 internamentos). Duas foram excluídas do estudo por ausência de seguimento pós internamento. A nossa amostra (n=11) apresenta predomínio do sexo masculino (54.6%), de apresentação na Primavera (63.6%) com idade compreendida entre os 5 meses e os 9 anos e 8 meses (mediana: 36 meses). Os principais sintomas de apresentação foram petéquias e equimoses (81.8%). Um caso apresentou-se por hematomas e outro por epistaxis. A contagem de plaquetas foi em 100% dos casos inferior a 50000/L e em 54.5% inferior a 10000/L. O tratamento inicial foi em 90.9% a imunoglobulina endovenosa, apenas num caso se optou por tratamento sintomático. A taxa de complicações hemorrágicas ou morte foi nula. 55.5% tiveram reinternamentos e 18.2% evoluíram para a cronicidade. Durante o período estudado não foi efectuada nenhuma esplenectomia. **Conclusões:** Os autores salientam que apesar de a PTI aguda ser habitualmente uma doença benigna o risco de morte por hemorragia cerebral descrito em 1% dos casos, a evolução para a cronicidade com internamentos frequentes, o medo de traumatismos, de hemorragias e o absentismo laboral e escolar merecem a nossa atenção e preocupação. Na nossa casuística obtivemos uma taxa de evolução para a cronicidade semelhante à descrita na literatura. Nestes doentes a imunoglobulina subcutânea, actualmente usada no tratamento de imunodeficiências, poderá vir a ser uma alternativa no futuro.

Palavras-chave: Púrpura trombocitopénica, evolução, tratamento

PD124- Anemia Hemolítica no recém-nascido e no jovem – Dois desafios diagnósticos

Andreia Abreu Barros, Cristina Freitas, Henrique Leitão, Edite Costa, Paula Ornelas, Conceição Freitas, Sidónia Nunes
Hospital Central do Funchal

Introdução: Na avaliação diagnóstica de anemia, a presença de reticulocitose, a elevação dos produtos de degradação eritrocitária e seus efeitos, conduzem à suspeita de hemólise. Apresentam-se dois casos clínicos de anemia hemolítica grave. **Caso 1:** Jovem, sexo feminino, 20 anos, com o diagnóstico de Fibrose quística aos 7 anos, internada por reinfeção pulmonar, medicada com piperacilina-tazobactam, ampicacina, azitromicina, ibuprofeno e terapêutica habitual (insulina, entre outras). Ao 14º dia de internamento, inicia palidez, tonturas, cefaleias, taquicardia e hemoglobínúria. Analiticamente: hemoglobina 4,4g/dL; hematócrito 11,7%; reticulocitose; leucocitose; parâmetros bioquímicos de hemólise e teste de Coombs directo positivo. Foram colocadas como hipóteses de diagnóstico iniciais: anemia hemolítica autoimune medicamentosa ou infecciosa. Suspendeu-se antibioterapia e administraram-se: transfusão de concentrado eritrocitário (CE), prednisolona e gamaglobulina. Actualmente, estável a nível hematológico. **Caso 2:** Recém-nascida, GIPII, gestação de 28 semanas com antecedentes de hidramnios, hidropsia fetal e ruptura prematura de membranas. Parto eutócico, IA: 4/8 (1/5º), peso: 1666g, com necessidade de reanimação. Observação placentária: provável corioangioma. Transferido para a

UCINP, com quadro inicial de anasarca. Às 9h de vida, apresentou agravamento súbito do estado geral, má perfusão periférica e diminuição da saturação de O₂. Analiticamente, hemoglobina 10,1g/dL, hematócrito 31%, eritroblastos 40%, trombocitopenia (30.000/uL), parâmetros bioquímicos de hemólise, hipalbuminemia (<8 g/L) e teste de Coombs directo negativo. Grupo (mãe e filha): ORh+. Ecografia trans-fontanelar: excesso de líquido extra-axial. Do estudo de hidropsia fetal, salientam-se: infecção congénita negativa, função tiroideia e cariótipo normais; ferritina normal; ecografias abdominal e renal: normais; ecocardiograma - regurgitação mitral ligeira e canal arterial patente; electroforese de hemoglobinas (aos 6 meses). Hipóteses de diagnóstico: anemia hemolítica não isoimune (sequestro por corioangioma) e defeito congénito eritrocitário. Recebeu hemoderivados (CE e plaquetas). Ao 3º dia de vida, apresentava bilirrubina total: 13,1mg/dL, relação albumina/bilirrubina:8,4, efectuando-se exsangüíneo-transfusão. Alta aos 65 dias de vida. **Conclusão:** Os dois casos descritos exemplificam a distinta abordagem inicial perante a suspeita de anemia hemolítica, nos diferentes grupos etários.

Palavras-chave: anemia, hemólise

PD125- Anemia Macrofítica, uma apresentação rara

Soraia Tomé¹, Anabela Bandeira¹, Teresa Temudo¹, Margarida Reis Lima², Luís Vale¹, Esmeralda Cleto¹

1- Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António, 2- Instituto de Genética Médica-Porto,

As anemias macrofíticas, sem reticulocitose e sem evidência de hemólise, habitualmente resultam de uma eritropoiese ineficaz que pode ser uma manifestação de uma doença sistémica. Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente actualmente com 17 anos de idade orientado para a consulta de Hematologia Pediátrica por Anemia Macrofítica. Sem antecedentes familiares relevantes. Fruto de uma sétima gravidez, mal vigiada, de risco. Cesariana de termo por sofrimento fetal agudo. Somatometria adequada à idade gestacional. Anemia Macrofítica diagnosticada aos 2 meses de vida, prova de coombs directa negativa e sem marcadores de hemólise, com reticulócitos de 2%. Foi excluída patologia infecciosa, nomeadamente infecções congénitas. Apesar da terapêutica com vitamina B12 manteve anemia com necessidade de terapêutica transfusional e macrocitose, sem resposta medular (reticulócitos baixos). O aspirado e a biopsia de medula óssea não revelaram alterações, o doseamento de homocisteína, ácido metilmalónico sérico e urinário foram normais. Iniciou tratamento com ácido fólico com melhoria dos valores de hemoglobina (11,5 a 13,1 g/dl) mantendo no entanto a macrocitose (119 a 135 fL). Aos 8 anos, após suspensão do suplemento de ácido fólico, verificou-se descida do valor de hemoglobina e elevação da homocisteína sérica. Na sequência do estudo do metabolismo da vitamina B12, verificou-se uma actividade da metionina sintetase redutase diminuída e identificado defeito em cbIE (mutação em homozigotia 1361C>T no gene MTRR, mutação de novo) Actualmente encontra-se clinicamente bem, sem alterações do exame neurológico e desenvolvimento psicomotor adequado, sob terapêutica com betafina, ácido fólico e vitamina B12. Apresenta resolução da anemia mantendo a macrocitose. Os defeitos no metabolismo da metilcobalamina compreendem a deficiência na enzima metionina sintetase (cbIE) e na sua apoenzima (cbIG). Trata-se de uma doença rara com menos de 100 doentes descritos no seu conjunto. A apresentação clínica mais comum é a associação de alterações neurológicas e anemia megaloblástica. A apresentação clínica sem afectação neurológica evidente é menos comum, com apenas dois casos publicados. Apresentamos este doente por tratar-se de uma apresentação pouco frequente de uma doença rara.

Palavras-chave: Anemia, macrocitose, metabolismo da metilcobalamina

PD126- Osteopetrose maligna - caso clínico

Núria Madureira, Manuela Benedito, Lurdes Maricato
Centro Hospitalar de Coimbra - Hospital Pediátrico

Introdução: A osteopetrose maligna ou autossómica recessiva é uma doença hereditária rara. Caracteriza-se pela diminuição da actividade osteoclástica levando a alterações na remodelação óssea, falência da medula óssea, hematopoieses extramedular e alterações neurossensoriais. O transplante de medula óssea (TMO) é o único tratamento curativo disponível. O prognóstico é reservado, registando-se uma sobrevivência de cerca de 30% aos 6 anos. **Descrição do Caso:** Lactente de 2 meses enviado à consulta de Hematologia por anemia, trombocitopenia e leucocitose. Tratava-se de uma criança com dois internamentos prévios no hospital da área de residência, o primeiro aos 19 dias de vida por varicela neonatal e posteriormente ao mês de vida por má progressão ponderal, infecção respiratória e candidíase. Ao exame objectivo apresentava-se emagre-

cido, com palidez cutâneo-mucosa, macrocefalia relativa, hipotonia axial, sopro sistólico e hepatoesplenomegalia. O hemograma revelou: hemoglobina 7.9 g/dl, leucócitos $37.9 \times 10^9/\text{ml}$ (neutrófilos 5.56, linfócitos 16.1, monocitos 5.33, basófilos 1.01, eosinófilos 1.00), plaquetas $105 \times 10^9/\text{ml}$. No esfregaço de sangue periférico visualizaram-se glóbulos vermelhos em lágrima, eritroblastos e percursoros mielóides. Nos dois medulogramas efectuados o osso era duro não se conseguindo aspirar medula. A imunofenotipagem do sangue periférico foi normal. Durante o seguimento constatou-se atraso no desenvolvimento psicomotor, nistagmo e noção de diminuição da acuidade visual. Fez radiografia do esqueleto que mostrou imagens características de osteopetrose. A TAC-CE não revelou alterações significativas e na observação oftalmológica constatou-se atrofia do nervo óptico. O estudo molecular identificou mutação em homozigotia do gene TCIRG1. Fez terapêutica de suporte com transfusões de glóbulos vermelhos e foi proposto para TMO, não tendo familiar HLA-identico. Actualmente encontra-se estável, sob vigilância e apoio do projecto de intervenção precoce. **Discussão:** A baixa incidência de osteopetrose maligna (1/200000) dificultou este diagnóstico. No caso clínico descrito as alterações hematológicas sugeriram o diagnóstico de síndrome mielodisplásica que não se veio a confirmar. A associação de problemas neurosensoriais levantou a suspeita de osteopetrose que foi confirmada pelos achados radiológicos patognómicos e estudos moleculares. O TMO não foi possível por não existir dador familiar compatível e pelas alterações oftalmológicas graves.

Palavras-chave: osteopetrose, hematologia, clínica

PD127- Anemia de causa a esclarecer

Raquel Ferreira, Mafalda Paiva, Flora Candeias
Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Anemia é um problema que afecta países desenvolvidos e em desenvolvimento. A etiologia é variada, sendo a causa mais frequente a ferropénia. Pode surgir em qualquer etapa da vida (mais prevalente nas fases de crescimento acelerado da criança, adolescência e gravidez). Segundo estimativas da OMS, a prevalência de anemia em crianças é 25.4%(5-15A). Nos países africanos, sobretudo na região sub-saariana, a causa é frequentemente multifactorial (paludismo, hemoglobinopatia, VIH, tuberculose, entre outras), sendo o diagnóstico de anemia um motivo frequente de evacuação de crianças para Portugal. Rapaz de 6 anos, raça negra, evacuado da Guiné-Bissau por anemia crónica de etiologia a esclarecer, diagnosticada aos 12 meses, com necessidade de múltiplas transfusões sanguíneas. Recorreu ao hospital por febre alta, cefaleias, mialgias e vómitos. No exame objectivo destacava-se: prostração, icterícia, hepatoesplenomegalia e adenomegalias cervicais, axilares e inguinais. A avaliação analítica revelou anemia normocítica e normocrómica, elevação marcada da proteína C reactiva e da velocidade de sedimentação, com aumento ligeiro das bilirrubinas e transaminases. Pesquisa de plasmódio negativa. Após colheitas para exames culturais, iniciou-se ceftriaxone. Por persistência de febre alta e agravamento da anemia, efectuaram-se pesquisas seriadas de plasmódio que revelaram *Plasmodium falciparum*, tendo sido medicado com atovaquona+proguanil. Na investigação de outras causas de anemia e do quadro clínico diagnosticou-se infecção por VIH 2 e infestação por *Giardia lamblia*; electroforese de hemoglobinas normal; prova de Mantoux anérgica. A serologia materna para o VIH foi negativa. A malária é endémica na Guiné-Bissau. Segundo dados da OMS, 2,5 milhões de crianças com idade <15 anos estão infectadas por VIH; destas, 90% residem em países da África sub-saariana (como Guiné-Bissau). A criança tem anemia diagnosticada aos 12 meses, provavelmente no primeiro episódio de paludismo, tendo efectuado desde então múltiplas transfusões e provavelmente terá sido este o modo de transmissão do VIH, dado que a mãe não está infectada. A infecção por VIH aumenta o risco de infecção por malária e o desenvolvimento de malária clinicamente evidente; a malária aumenta a replicação do vírus. Esta criança foi evacuada por anemia crónica que se revelou multifactorial: malária, infecção pelo VIH 2 e *Giardia lamblia*. Qual será a perspectiva futura para esta criança ao regressar ao seu país de origem?

Palavras-chave: Anemia, HIV, malária, Guiné

Área Científica - Imunoalergologia

PD128- Espectro do eritema multiforme: casuística

Rita Regadas, Daniel Gonçalves, Daniela Edite Alves, Artur Bonito-Vitor
Hospital de São João

Introdução: O Eritema Multiforme (EM) é uma síndrome mucocutânea aguda, autolimitada, de etiologia variada, com um amplo espectro de apresen-

tação. As formas graves cursam com atingimento mucocutâneo mais exuberante [Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e Necrólise Epidermóide Tóxica (NET)]. O tratamento consiste em medidas de suporte e eliminação do agente causal, quando identificado. O objectivo deste estudo foi avaliar a frequência do internamento por EM, SSJ e NET no Serviço de Pediatria do Hospital de São João (HSJ), sob as vertentes etiológica, clínica, analítica e terapêutica. **Métodos:** Procedeu-se a um estudo descritivo e transversal, tendo como base os processos clínicos dos doentes internados no HSJ com estes diagnósticos, entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 2007. As proporções foram comparadas utilizando o teste de Qui-quadrado. **Resultados:** Foram internados com o diagnóstico de EM e SSJ 38 doentes: 33 por EM e 5 por SSJ, não se registando casos de NET. A idade de apresentação variou entre os 4 meses e os 13 anos (média = $3.5 \text{ anos} \pm 0.5$). Constatou-se predomínio do sexo masculino (68.4%) e variação sazonal, com maior número de internamentos na Primavera/Verão (63.2%). Dezassete doentes (44.7%) apresentavam história de infecção prévia, a maioria com sintomatologia das vias aéreas superiores (94.1%); em dezassete doentes (44.7%) havia história de medicação recente, sendo o fármaco mais comum a associação amoxicilina/ácido clavulânico (64.7%). A proteína C reactiva à admissão variou entre 1.0 e 168.0 g/dL, com uma média de $23.8 \text{ g/dL} \pm 5.4$. Foi efectuado estudo serológico em 63.2% dos casos, tendo-se detectado como agentes infecciosos mais frequentes Vírus Herpes Simplex 1 e 2 (33.3%) e *Mycoplasma pneumoniae* (25%). O tempo médio de internamento foi de 4 dias, tendo oscilado entre 1 e 14 dias; os internamentos mais prolongados ocorreram nos casos de SSJ ($p=0.008$). Não houve registo de recorrências. **Conclusão:** Ao contrário do SSJ, grande parte dos casos de EM podem ser adequadamente tratados em ambulatório, razão pela qual se observou uma baixa incidência de internamentos por EM no serviço de Pediatria deste hospital, no período em análise. O diagnóstico desta entidade é eminentemente clínico e os principais agentes causais são infecciosos e farmacológicos. Para além de medidas de suporte, outras atitudes terapêuticas dependem fundamentalmente do quadro clínico e da evolução de cada doente.

Palavras-chave: Eritema multiforme, Síndrome de Stevens-Johnson, Vírus Herpes Simplex, *Mycoplasma pneumoniae*.

PD129- Primeira consulta de Alergologia Pediátrica

Tânia Sotto Maior, Patricia Santos, Nádia Rodrigues, Ana Paula Aguiar, José Carlos Cidrais, José Manuel Lopes dos Santos
Hospital Pedro Hispano

Introdução: As doenças alérgicas constituem um grupo de entidades nosológicas muito frequentes, cuja prevalência tem aumentado nas últimas décadas. Estima-se que 8 a 10% da população europeia sofra de asma alérgica, sendo a rinite alérgica ainda mais prevalente (10 a 15%). **Objectivo:** Caracterização da população referenciada à consulta de alergologia pediátrica. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de 257 crianças referenciadas à consulta de imunoalergologia pediátrica, no período compreendido entre Janeiro de 2005 e Janeiro de 2006. Variáveis analisadas: sexo; idade; proveniência; motivo da consulta; idade de início dos sintomas; história familiar de doença alérgica; exposição ao tabagismo; exames auxiliares de diagnóstico pré-consulta; resultado do teste cutâneo por picada. **Resultados:** Amostra de 257 crianças, com predomínio do sexo masculino (60,3%), com idades compreendidas entre os 3 meses e os 15 anos (média de 6,2 anos). Provenientes do centro de saúde (49,4%), da consulta externa de pediatria (30%), da consulta externa de otorrinolaringologia (15,2%). História familiar de doença alérgica em 65,8% e exposição passiva ao tabagismo em 36,6% dos casos. Referenciados à consulta por: broncospasma recorrente (50,6%), rinite (25,7%), tosse persistente (6,2%), eczema (7%), prurigo estrófulo (4,3%), tosse/pieira com o exercício físico (4,3%), urticária (2,7%), outros (1,6%). Início dos sintomas entre os 2 meses e os 15 anos de vida (média de 4,1 anos). Referência a variação sazonal da sintomatologia em 18,3% dos casos. Estudo analítico prévio com phadiotop (68,9%), doseamento de IgE sérica total (78,8%), IgE sérica específica (50,6%), leucograma (40,9%) e $\alpha 1$ anti-tripsina (32,3). Em 55,2% crianças foi realizado na primeira consulta o teste cutâneo por picada sendo mais frequentemente positivos: *Dermatophagoides pteronyssinus* (86,6%), *Dermatophagoides farinae* (65,5%), mistura de pólen de gramíneas (33,3%), fungos (14,4%), epitélio de gato (10%) e o epitélio de cão (7%). 23 crianças (8,9%) tiveram alta após a primeira consulta (52% referenciadas da consulta de otorrinolaringologia por clínica de rinite). **Conclusão:** A investigação analítica prévia e a realização do teste cutâneo por picada na primeira consulta permitiu documentar a presença de atopia em 57,6% dos casos. A presença de broncospasma foi o principal motivo de consulta e os ácaros do pó doméstico foram os alérgenos mais prevalentes.

Palavras-chave: primeira, consulta, alergologia, pediátrica

PD130- Anafilaxia induzida pelo frio - caso clínicoSusana Gomes¹, Vera Viegas², Ana Pinheiro³, Ângela Gaspar⁴

1- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, 2- Serviço de Pediatria do Hospital de São Bernardo, Setúbal, 3- Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, 4- Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A urticária ao frio é uma entidade clínica rara em idade pediátrica e caracteriza-se pela ocorrência de urticária e/ou angioedema após exposição ao frio. Em mais de 90% dos casos é idiopática; entre as causas secundárias incluem-se crioglobulinemia, défice de factores do complemento, vasculites, neoplasias e causas infecciosas. Habitualmente é considerada benigna e auto-limitada, no entanto reacções sistémicas, potencialmente fatais, podem ocorrer. **Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente do sexo masculino com 15 anos de idade, com antecedentes de asma intermitente, eczema atópico, epifagite eosinofílica e alergia alimentar a crustáceos. Aos 14 anos iniciou episódios reprodutíveis de urticária após contacto corporal com água do mar e piscina, com agravamento progressivo. Dois meses após o início do quadro clínico teve um episódio súbito de urticária generalizada, angioedema da face e síncope na sequência de imersão corporal total em água do mar; sem queixas respiratórias, gastrointestinais ou outra sintomatologia concomitante. Foi medicado com anti-histamínico e corticóide orais, com remissão do quadro. Refere ainda episódios de urticária e mal-estar após exposição a ar frio. Foi efectuado teste do cubo de gelo que foi positivo, com aparecimento de pápula (24x42mm) após 3 minutos de estimulação. Da investigação analítica salienta-se: eosinofilia (1600/ μ l), IgE total de 1255UI/ml, restantes imunoglobulinas (IgG, IgA e IgM), velocidade de sedimentação, factores do complemento e electroforese das proteínas dentro dos parâmetros laboratoriais normais; serologias virais, anticorpos antinucleares e pesquisa de crioglobulinas negativa. Foi colocado o diagnóstico de urticária ao frio, adquirida idiopática, do tipo III (associada a sintomas hipotensivos). Foi recomendada a evicção de exposição ao frio, incluindo evicção de actividades aquáticas, iniciada terapêutica profiláctica com cetirizina (10mg/dia) e prescrito dispositivo para auto-administração intra-muscular de adrenalina 0,3mg. Após 12 meses de seguimento mantêm teste do cubo de gelo positivo com 3 minutos de estimulação. **Discussão:** Este caso clínico salienta a necessidade do reconhecimento das manifestações clínicas da urticária ao frio, para a qual apenas a evicção do contacto com o estímulo desencadeante é segura. O ensino ao doente e familiares da utilização da adrenalina intra-muscular é determinante, dado o risco de manifestações sistémicas graves.

Palavras-chave: Anafilaxia, urticária ao frio, adrenalina, teste do cubo de gelo

PD131- Anafilaxia a veneno de abelha em idade pediátrica – casos clínicosCarmelita Ribeiro, Beatriz Tavares, Daniel Machado, Gisela Calado, Celso Chieira
Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Estudos epidemiológicos estimam que a prevalência de reacções sistémicas anafiláticas ao veneno de himenópteros seja de 0,15 a 0,3% nas crianças. Podem ser reacções graves, potencialmente fatais. Descrevem-se 2 casos de anafilaxia a veneno de abelha em crianças em idade escolar. **Caso 1:** Adolescente de 11 anos, com antecedentes (2 episódios) de reacção sistémica grave (anafilaxia) a picada de abelha. Primeiro episódio aos 4 anos com edema local inicial e 15 minutos depois edema generalizado, rouquidão e dispneia (grau III-classificação de Mueller). O segundo episódio teve início mais rápido. Avô apicultor. Iniciou imunoterapia específica (IT) a veneno de abelha em 2003 e não voltou a ser picado. Possui kit de auto-administração de adrenalina. **Caso 2:** Adolescente de 10 anos, com história de anafilaxia após picada de abelha (3 episódios), o primeiro dos quais aos 4 anos e o mais grave aos 8 com prurido generalizado, urticária, dispneia, rouquidão, tosse, prostração, náuseas e sensação de aperto laríngeo (grau III). Reacção local a picada de vespa. Pai apicultor. Antecedentes pessoais de atopia (rinoconjuntivite) Iniciou IT a veneno de abelha aos 10 anos. Possui kit de auto-administração de adrenalina. **Métodos:** O estudo alergológico incluiu testes cutâneos (TC) por picada e intradérmicos (id) com extractos comerciais de veneno de abelha (VA) e Vespula spp. (VV) (ALK Abelló), IgE sérica total e específica (ImmunoCAPTM) a VA, VV e Polistes spp. (VP), C3, C4, C1q e C1 inibidor, triptase basal, e Western blot (AlaBLOTTM) a VA, VV e VP. **Resultados:** Caso 1: TC positivos a VA (3mm; controlo positivo 4mm). IgE total 149 UI/ml, IgE VA 15,8 KU/L (classe 3), VV 0,6 KU/L (classe 1) e VP <0,35

KU/L (classe 0). No immunoblot a VA identificaram-se 5 bandas variando entre 12,32 e 103,85 KDa, VV 6 bandas e VP 3 bandas. Restante estudo negativo. No decurso da IT específica verificou-se uma redução gradual da IgE VA para 3,8 KU/L (classe 3) e desaparecimento / redução das bandas registadas inicialmente no immunoblot de VA. Caso 2: TC id positivos a VA e VV 0,0001 mcg/ml (5mm e 3 mm, respectivamente; controlo positivo 5mm). IgE total 484 UI/ml, IgE VA >100 KU/L (classe 6). No immunoblot a VA identificaram-se 2 bandas (17,06 e 50,51 KDa), VV 15 bandas e VP 1 banda. Restante estudo negativo. **Conclusões:** Realça-se a gravidade das reacções em idades tão jovens e a possibilidade de efectuar tratamento bem tolerado que altere o curso natural da doença.

Palavras-chave: Abelha; Anafilaxia; Himenópteros; Veneno.

PD132- Reacções Adversas à Imunoterapia Específica Subcutânea: Experiência de um Hospital Distrital

Susana Lima, Mafalda Sampaio, Otilia Cunha, Arménia Oliveira, Ana Maria Ribeiro

Hospital São Miguel, Oliveira Azeméis

Introdução: A imunoterapia específica subcutânea (ITSC) há muito que está documentada como terapêutica capaz de alterar o curso natural da doença alérgica (marcha alérgica). As reacções adversas a este tratamento são escassas e, quando ocorrem, são, na maioria dos casos, de pouca gravidade. **Objectivos:** Avaliar a segurança da ITSC numa população de crianças/adolescentes com doença respiratória alérgica. **Material e Métodos:** Revisão dos processos clínicos dos doentes pertencentes à consulta de Imunoalergologia Pediátrica do nosso hospital que estão sob imunoterapia específica subcutânea. Os parâmetros avaliados foram: idade, sexo, diagnóstico, idade de diagnóstico, tipo e grau de atopia, duração e tipo de imunoterapia, reacções adversas locais e sistémicas e evolução após iniciar ITSC. **Resultados:** Foram incluídos 49 doentes, com predomínio do sexo masculino (79%). Em termos de diagnóstico, a maioria apresenta asma associada a rinite (67%). Doze apresentam apenas rinite e 4 asma isolada. A idade média de diagnóstico foi de 6 anos (DP \pm 3,4). Em termos de sensibilização, 34 têm monossensibilização a ácaros e cinco a gramineas. Nove apresentam polissensibilização a ácaros e gramineas, e um doente a ácaros e epitélio de cão. A idade média de início de imunoterapia foi de 12 anos e 6 meses (DP \pm 1,8), com duração média de dois anos (DP \pm 1,6). Na altura da avaliação, a maioria dos doentes encontrava-se na fase de manutenção da imunoterapia, estando apenas 6 na fase de indução. Foram administradas em média 31 doses (DP \pm 25,3), com 18 doentes apresentando reacções adversas locais. Em média ocorreram 5 reacções cutâneas locais ligeiras por cada um destes doentes (pápula em média de 2,4 cm, com eritema em média de 3,5cm). Foram documentadas apenas duas reacções sistémicas, uma num doente a efectuar imunoterapia para ácaros e outra num doente sob ITSC para gramineas. Trataram-se de reacções isoladas, que cederam facilmente ao tratamento hospitalar. Não foi necessária a interrupção da ITSC. Trinta e cinco doentes referem melhoria da qualidade de vida após iniciarem ITSC. **Conclusões:** Tal como podemos constatar, a ITSC é uma terapêutica eficaz, estando associada por vezes a reacções locais ligeiras. As duas reacções sistémicas documentadas foram bem controladas, não sendo necessária a interrupção do tratamento. Como tal, podemos também concluir que se trata de um tratamento seguro, com a vantagem de possibilitar uma maior compliance.

Palavras-chave: Imunoterapia, subcutânea, reacções adversas

PD133- Conjuntivite Vernal: a propósito de um caso clínicoSusana Lima¹, Rufino Silva², Arménia Oliveira¹, Ana Maria Ribeiro¹

1- Hospital São Miguel, 2- Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A queratoconjuntivite vernal é uma alergia ocular crónica bilateral, da qual resulta uma inflamação recorrente da córnea e conjuntiva. Desenvolve-se tipicamente entre os 8 e os 12 anos, com predomínio do sexo masculino. Tem um padrão habitualmente sazonal, com maior prevalência durante a primavera. Clinicamente os doentes apresentam prurido ocular intenso, lacrimejo, sensação de corpo estranho e visão turva. Em casos mais graves pode levar a diminuição da acuidade visual. O tratamento inclui agentes estabilizadores dos mastócitos, vasoconstritores, anti-histamínicos, anti-inflamatórios não esteróides, corticoesteróides e, em casos mais severos, ciclosporina tópica. Por vezes pode ser necessário recorrer a tratamento cirúrgico para alívio dos sintomas. **Caso Clínico:** Adolescente de 12 anos, sexo feminino, com antecedentes de rinite e asma alérgica de difícil controlo, com necessidade de múltiplos internamentos por agudização associada a infecção

respiratória. Clínica de conjuntivite alérgica desde os 4 anos, com agravamento progressivo. Seguida por Oftalmologia desde os 7 anos de idade, por queratoconjuntivite vernal grave, tendo sido submetida a duas queratomias (aos 10 anos) e crioterapia ocasional da conjuntiva tarsal (última aos 11 anos). Actualmente medicada com ciclosporina tópica e lágrimas artificiais, mantendo exacerbações. Apresenta diminuição marcada da acuidade visual (OD 1/10; OE 4/10). Em termos respiratórios está medicada com montelukast e budesonido em associação com formoterol, além de cinesioterapia respiratória por bronquiectasias. **Conclusões:** Com este caso, os autores alertam para uma patologia que, embora pouco frequente, pode ter consequências graves, nomeadamente com diminuição da acuidade visual. A estreita colaboração entre Imunoalergologia e Oftalmologia é fundamental, uma vez que é necessário o controlo da atopia de base com vista a diminuir as crises, associado a medicação tópica oftalmológica específica e, por vezes, cirurgia.

Palavras-chave: Conjuntivite, atopia

PD134- Co-morbilidades da Rinite Alérgica: crianças em idade escolar e adolescentes

Gisela Calado, Carmelita Ribeiro, Daniel Machado, Graça Loureiro, Beatriz Tavares, Celso Pereira, Celso Cheira
Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A rinite alérgica (RA) é uma doença muito prevalente em idades pediátricas, com enorme impacto na qualidade de vida das crianças, tanto cognitivo, como social. As co-morbilidades poderão condicionar a gravidade e prognóstico da RA. **Objectivo:** Caracterização de uma população de crianças e adolescentes com RA. **Métodos:** Foram incluídos 107 doentes com RA e idade inferior ou igual a 17 anos, observados em consulta de Imunoalergologia (1º semestre 2008). Consideraram-se dois grupos: grupo I - crianças em idade escolar (6-10 anos) e grupo II - adolescentes (11-17 anos). Analisou-se: idade de início da RA, gravidade de acordo com ARIA (IL – intermitente ligeira; IMG – intermitente moderada-grave; PL – persistente ligeira; PMG – persistente moderada-grave) e prevalência de co-morbilidades alérgicas e não alérgicas. As co-morbilidades alérgicas analisadas foram: asma brônquica (AB), conjuntivite (C), dermatite atópica (DA) e alergia alimentar (AA); as co-morbilidades não alérgicas analisadas foram patologias do foro otorrinolaringológico (ORL), designadamente SAOS, hipertrofia do tecido linfóide e otite seromucosa (OSM). **Resultados:** Foram incluídas 37 crianças em idade escolar e 70 adolescentes. Na tabela apresentam-se os resultados encontrados em cada um dos grupos. **Discussão:** Observou-se um predomínio de formas persistentes de RA em ambos os grupos. Foram também encontradas importantes prevalências de co-morbilidades, sendo que as co-morbilidades alérgicas predominaram nos adolescentes, enquanto a patologia do foro ORL foi mais encontrada nas crianças em idade escolar. Admite-se que a coexistência de RA e patologia ORL, predominantemente observada nas crianças em idade escolar, poderá condicionar a maior prevalência de formas graves de RA encontradas nesse grupo.

Palavras-chave: Co-morbilidades, idade pediátrica, rinite alérgica

PD135- Eczema atópico? Nem sempre o que parece é...

Ana Ehrhardt Pinheiro¹, Marta Chambel², Felicidade Trindade³, Pedro Martins², Teresa Fiadeiro³, Cristina Santa Marta², Luísa Nunes⁴
1- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, 2- Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), 3- Serviço de Dermatologia, Hospital Santo António dos Capuchos, CHLC, 4- Serviço de Genética, Hospital de Dona Estefânia, CHLC

Introdução: O eczema atópico é a doença cutânea crónica mais frequente na idade pediátrica. Tem grande variabilidade clínica e nem sempre o diagnóstico diferencial é fácil. No caso de doença refractária ao tratamento é obrigatório excluir doenças mais raras, entre as quais se encontra a Síndrome de Netherton, uma genodermatose de transmissão autossómica recessiva, caracterizada por ictiose linear circunflexa, trichorrhexis invaginata e diátese atópica. Diversos autores apontam para o seu sub-diagnóstico. **Caso Clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de duas irmãs, naturais da Roménia, actualmente com 10 e 12 anos, com história de lesões cutâneas generalizadas, em placas eritematosas e descamativas, muito pruriginosas, desde os 18 e 9 meses de idade respectivamente, interpretadas como lesões de eczema atópico, mas que não melhoravam significativamente com a aplicação de corticóides tópicos e emolientes. Apresentavam ainda alterações a nível do cabelo (seco e frágil), IgE sérica aumentada, alergia alimentar (peixe) e rinite alérgica. A pensar no diagnóstico diferencial de eczema atópico refractário,

é colocada a hipótese de Síndrome de Netherton e realizada biópsia cutânea e análise morfológica do cabelo, pestanas e sobrancelhas. O exame histológico da pele evidenciou “hiperqueratose com paraqueratose, ligeira hiperplasia regenerativa da epiderme e infiltrado inflamatório perivascular superficial linfocitocitário”. O exame microscópico do cabelo e sobrancelha revelou a presença de pili torti e trichorrhexis invaginata (“bamboo hair”), aspectos muito característicos de Síndrome de Netherton. Iniciaram terapêutica com retinóides sistémicos com melhoria do quadro clínico. Para melhor caracterização da doença foi realizado o estudo molecular na irmã mais nova que não detectou mutação no gene SPINK5. Não estando excluídas mutações fora das regiões analisadas do gene SPINK5 ou não detectáveis por sequenciação, a investigação genética continua em curso. **Discussão:** Estes casos clínicos salientam que nem sempre o diagnóstico mais óbvio é o correcto, e que na presença de doença refractária é importante uma investigação sistematizada. A maior parte dos casos de Síndrome de Netherton estão associados a mutações a nível do gene SPINK5, mas o diagnóstico é essencialmente clínico, com as alterações cutâneas e a nível da morfologia dos cabelos características, associadas a atopia (IgE sérica elevada, alergia alimentar, rinite alérgica), a fazerem o diagnóstico.

Palavras-chave: Síndrome de Netherton, eczema atópico, trichorrhexis invaginata, SPINK5

PD136- Síndrome de Stevens-Johnson: a propósito de um caso clínico

Rita Regadas, Daniel Gonçalves, Daniela Edite Alves, Artur Bonito-Vitor, Esmeralda Rodrigues
Hospital de São João

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) pode ser definida como uma doença inflamatória aguda, febril e autolimitada, que afecta a pele e as mucosas. Tem início Geralmente após uso de medicação ou ocorrência de infecção e apresenta provavelmente etiopatogenia auto-imune. Trata-se de uma situação rara, muitas vezes não considerada, mas potencialmente grave, podendo pôr em risco a vida do doente. Os autores descrevem o caso de uma criança do sexo masculino com 6 anos de idade, que recorreu ao serviço de urgência por febre, hiperemia conjuntival, edema periocular, exantema disseminado e enantema das mucosas oral e balânica. Analiticamente, apresentava leucocitose com predomínio de neutrófilos, elevação da proteína C reactiva e alteração da função hepática com coagulopatia. Foi internado num serviço de cuidados intensivos, tendo tido boa evolução clínica com as medidas terapêuticas instituídas (medidas de suporte, imunoglobulina humana endovenosa, corticoterapia e antibioterapia). Por apresentar atingimento ocular e cutâneo exuberantes, foi solicitada a colaboração de Oftalmologia e Dermatologia. Procedeu-se a um estudo exaustivo no sentido de identificar o agente causal, que não foi conclusivo. Com este caso pretende-se mostrar a importância do diagnóstico precoce desta síndrome, do qual depende um resultado final favorável. É ainda de salientar a necessidade de uma investigação etiológica detalhada, dada a possibilidade de recorrência mediante novas exposições. É também importante uma intervenção médica multidisciplinar para o sucesso terapêutico e melhoria do prognóstico do doente.

Palavras-chave: Síndrome de Stevens-Johnson, febre, exantema, enantema.

PD137- É difícil enganar a genética! Um caso de anafilaxia alimentar...

Ana Ehrhardt Pinheiro¹, Susana Gomes², Ângela Gaspar³
1- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, 2- Serviço de Pediatria, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE; Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, CHLC, 3- Serviço de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) EPE

Introdução: A alergia alimentar é uma patologia com expressão crescente na idade pediátrica, estimando-se uma prevalência nesta faixa etária de 6 a 10%. A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais frequente. Estando documentada maior incidência familiar, têm sido tentadas medidas de prevenção primária, cuja eficácia continua controversa. **Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de criança do sexo masculino com 3 anos de idade, com antecedentes familiares parentais de alergia respiratória e irmão com APLV de longa duração, motivo pelo qual se fez prevenção primária de alergia alimentar: promoção do aleitamento materno, com evicção do leite de vaca e derivados da dieta materna, evicção de fórmula láctea na maternidade, utilização de fórmula extensamente hidrolisada desde o nascimento até aos 6 meses e introdução após o ano dos alimentos com maior potencial alérgico, nomeadamente ovo e peixe. A introdução do leite adaptado aos 6 meses ocorreu sem reacção adversa. A criança apresentou, no

entanto, desde os 2 meses eczema atópico e aos 12 meses, na sequência de ingestão accidental de arroz confeccionado na água de cozedura de peixe (cherne), ocorreu episódio de anafilaxia (edema facial, vômitos e dificuldade respiratória após 5min) que motivou recurso a urgência hospitalar. Realizou testes cutâneos por picada que foram positivos para cherne (alimento cru e cozido), outros peixes (mistura, bacalhau, pescada e atum) e ovo (clara e gema), alimentos que ainda não tinham sido introduzidos na dieta. Analiticamente destacava-se uma IgE total de 398 UI/mL e IgE específica (kU/l) positiva para bacalhau (>100), pescada (18,7), atum (0,83), clara (>100) e gema de ovo (86,2). Mantém evicção total destes alimentos e, apesar de todos os cuidados, aos 22 meses ocorreu novo episódio de anafilaxia, no infantário, após inalação de vapores de peixe. Foi medicado de imediato com dispositivo de adrenalina 0,15mg IM, corticóide e anti-histamínico orais, com remissão completa do quadro. **Discussão:** Este caso clínico salienta a complexidade da abordagem preventiva da alergia alimentar. Se por um lado a prevenção primária em relação à APLV foi eficaz, a introdução tardia dos alimentos mais alergizantes não impediu a alergia alimentar grave ao peixe e a sensibilização às proteínas do ovo. É importante destacar a necessidade do envolvimento da família e do infantário na prevenção e actuação rápida e eficaz no caso de novos episódios de anafilaxia.

Palavras-chave: Alergia alimentar, anafilaxia, alergia às proteínas do leite de vaca, prevenção primária

PD138- Um caso de reacção de hipersensibilidade ao paracetamol

Marta Contreiras, Maria João Leiria, Nuno Carreira
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier

Introdução: As reacções de hipersensibilidade (RH) ao paracetamol são raras, especialmente em crianças. A maioria ocorre em doentes com RH não alérgicas aos anti-inflamatórios não esteróides (AINE). **Descrição do Caso:** Apresentamos o caso de uma adolescente de 12 anos, que foi ao serviço de urgência por um quadro de tosse paroxística, pieira, lacrimejo e edema palpebral bilateral que se iniciou uma hora depois de lhe ter sido administrado ácido acetilsalicílico (AAS). Foi medicada com hidroxizina oral e salbutamol em aerossol, ficando assintomática. Dois dias depois, teve edema palpebral unilateral, de resolução espontânea, 10 horas após ingerir paracetamol. Quatro meses mais tarde, teve um quadro de tosse paroxística e edema palpebral bilateral uma hora após a administração de paracetamol. O teste de provocação oral (TPO) com paracetamol, feito no dia seguinte, foi positivo (edema palpebral bilateral duas horas após o início do TPO). A avaliação analítica revelou elevação significativa da IgE total e das IgE específicas para ácaros e pólenes. Os cysteinyl-leukotriene release tests para paracetamol, ibuprofeno e AAS foram negativos. Fizemos um segundo TPO para o paracetamol dois meses após o primeiro, estando a doente apirética, e não houve RH. **Comentários:** As RH ao paracetamol nesta doente podem ter sido consequência de RH aos AINE e/ou à própria infecção. Ainda é necessário fazer TPO aos AINE para confirmar o diagnóstico.

Palavras-chave: Reacção de hipersensibilidade, paracetamol, AINE e prova de provocação oral

PD139- Caracterização dos episódios de asma na Unidade de Internamento de Curta Duração

Susana Moleiro, Cláudia Calado, Vera Santos, Maria Alfaro, Sandra Caetano, José Maio
Hospital Central de Faro

Introdução: Apesar dos avanços em estratégias diagnósticas e terapêuticas, a asma continua a ser uma causa frequente de internamento hospitalar. **Objectivo:** Caracterização dos internamentos por asma na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). **Metodologia:** Estudo retrospectivo de processos clínicos de crianças internadas por asma na UICD desde Janeiro de 2005 até Dezembro de 2007. **Resultados:** Foram analisados 120 casos. A idade média foi de 4,6 anos com predomínio do sexo masculino numa proporção de 3:2. Em 47,5 % dos casos havia referência a antecedentes de atopia em familiares do 1º grau, sendo 48% destes referentes ao pai. Apenas 23,3% referiam antecedentes pessoais atópicos (39% rinite alérgica, 36% alergia alimentar, 25% eczema atópico, 7% conjuntivite alérgica). A idade de início variou entre os 0 e os 8 anos, com média de 1,2 anos. De todos os casos analisados, 11,7% dos episódios foram inaugurais. Dos casos de asma diagnosticada, 26,4% cumpriam terapêutica crónica dirigida e 38% apresentavam internamentos anteriores. Em 84% não se conseguiu identificar factor desencadeante. O sintoma mais constante foi a dispneia (95%) e os sinais mais fre-

quentes a polipneia e a tiragem (96,7%). Em relação a exames complementares de diagnóstico, 92,5% efectuaram radiografia do tórax e 95,8% avaliação analítica. A terapêutica durante o internamento incluiu salbutamol e corticóide oral em 97,5%, brometo de ipratrópio em 74,2%, aminofilina em 23,3%, procaterol em 3,3%, adrenalina em 1,7% e antibiótico em 34,2%. Permaneceram em média 13 horas na UICD e 80,8% foram transferidos para a enfermaria, tendo o internamento nessa unidade uma duração média de 3 dias. Após a alta 50,8% foram referenciados para a consulta de alergologia pediátrica. **Conclusões:** A asma continua a ser uma causa importante de internamento hospitalar, e com significativa morbidade associada. O diagnóstico precoce, o seguimento médico regular, a identificação dos alérgenos sensibilizantes e a terapêutica adequada são necessários para um controlo mais rigoroso da doença com consequente diminuição das complicações e melhoria da qualidade de vida das crianças.

Palavras-chave: Caracterizar asma na UICD

PD140- Pseudo-criises epilépticas ou efeitos não desejados do montelucaste sódico

Patrícia Santos, Ana Aguiar, Ana Castro, Sofia Aroso, Roseli Gomes, Célia Barbosa
Hospital Pedro Hispano

Introdução: Os medicamentos são usados e receitados pelos seus efeitos benéficos, no entanto podem apresentar efeitos laterais que, em alguns casos raros, podem ser letais. As doenças alérgicas, nomeadamente a asma, representam um problema de saúde mundial, podendo afectar seriamente a qualidade de vida. Os antagonistas dos receptores dos leucotrienos são importantes mediadores pró-inflamatórios com efeitos benéficos no tratamento da asma, rinite alérgica e sibilância recorrente provocada por vírus. Actualmente, são utilizados no tratamento destas doenças em crianças tão jovens como os seis meses de idade. Os autores pretendem apresentar um caso clínico em que efeitos laterais da medicação habitual podem aparecer tardiamente e afectar significativamente a qualidade de vida. **Caso Clínico:** Criança do sexo masculino, 10 anos, medicado há doze meses com montelucaste sódico 5mg/dia por asma. Orientado para a consulta externa de neuropediatria por suspeita de epilepsia. História de 2 a 3 episódios por dia de sensação de "ânsia de vômito": náuseas, seguidos de palidez, falta de forças e tonturas, com cerca de um mês de evolução e recusa em ir à escola na semana anterior à observação. Sem queixas respiratórias, dor abdominal, vômitos, relação dos episódios com a alimentação ou cefaleias. Bom aproveitamento escolar e boa relação com colegas e professores. Sem alterações no exame objectivo ou neurológico. Optou-se por internamento para estudo: manteve a medicação habitual com montelucaste sódico e iniciou clobazam 5 mg à noite. Exames auxiliares realizados: electrocardiograma, ecocardiograma, função tiroideia, electroencefalograma, ph-metria esofágica de 2 canais, doseamento de catecolaminas urinárias e tomografia computadorizada cerebral: todos com **Resultados:** Normais. Durante o internamento manteve 2 a 3 episódios por dia, sempre hemodinamicamente estável e sem relação temporal ou alimentar. No 7º dia de internamento, após conhecimento dos resultados laboratoriais, optou-se por suspender o montelucaste sódico, ficando 2 dias após sem sintomatologia. À alta foi suspenso o clobazam. Foi reavaliado em consulta externa 3 semanas e 6 meses após mantendo-se sem sintomatologia. **Conclusão:** Apesar de descritos, os efeitos laterais dos medicamentos são muitas vezes esquecidos, principalmente se surgem muito tempo após o seu início. Os autores pretendem realçar a importância de conhecer, pensar e colocar os efeitos laterais como hipótese de diagnóstico.

Palavras-chave: montelucaste sódico, epilepsia, náuseas, tonturas

PD141- Alergia alimentar: a importância da evicção

Vera Viegas¹, Susana Gomes², Pedro Martins³, Paula Leiria Pinto³
1- Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., 2- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., 3- Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE - Imunoalergologia

Introdução: A alergia alimentar corresponde a uma reacção de hipersensibilidade a alimentos, resultante dum mecanismo imunológico. Os alérgenos alimentares mais frequentes são o leite, ovo, peixe, frutos secos, soja e marisco. Na infância, as manifestações de alergia ao leite e ovo são maioritariamente transitórias, assentando o tratamento em dieta de evicção. Nas IgE mediadas esta evicção é ainda mais importante pelo risco de reacções anafiláticas. **Material e Métodos:** Apresenta-se caso de alergia às proteínas do leite de vaca, ovo e frutos secos, com registo de 3 episódios de anafilaxia

após ingestão acidental de leite. **Caso Clínico:** Criança sexo feminino, 3 anos, antecedentes de episódios de sibilância desde os 11 meses, com necessidade de recurso a Serviço de Urgência (SU) e um internamento. História alimentar: aleitamento materno exclusivo até aos 5 meses; introduziu papa láctea, com reacção urticariforme e angioedema da face; iniciada evicção de proteínas de leite de vaca. Após os 9 meses e entrada no infantário registo de ingestões acidentais de derivados lácteos com manifestações de urticária. Aos 15 meses foi referenciada à consulta de imunoalergologia. Exame objectivo: pele xerótica. Exames efectuados: IgE total 236 UI/L, IgE específicas para caseína e α -lactoalbumina (classe 6), β -lactoglobulina (classe 3), leite (classe 6), clara de ovo (classe 5), gema de ovo (classe 4), ovo (classe 5), avelã (classe 2), caspa de gato (classe 4). Recomendada evicção total de alimentos contendo leite, ovo e frutos secos, prescrito kit de auto-administração de adrenalina. Um ano após 1ª consulta, minutos após ingestão acidental de alimento com leite no infantário, refere episódio súbito de urticária, angioedema, vómitos, diarreia, tosse e prostração. Posteriormente, ocorrência de outros dois episódios de anafilaxia sem administração de adrenalina, no mesmo local, com necessidade recorrer ao SU. **Conclusão:** É ilustrada a importância de tanto pais como educadores estarem sensibilizados para a necessidade da evicção total do alergénio em crianças com alergia alimentar. O desrespeito desta indicação, além de se associar ao risco de anafilaxia, pode alterar o curso habitualmente benigno da alergia, perpetuando as suas manifestações. Por outro lado a asma/sibilância associa-se a um risco de reacções mais graves. A utilização do kit de auto-administração de adrenalina por familiares e educadores é a forma de tratamento imediato em situações de anafilaxia.

Palavras-chave: proteínas de leite de vaca, ovo, anafilaxia

Área Científica - Infeciologia

PD142- Síndrome de Pele Escaldada Estafilocócica – quadro típico em idade pouco comum

Marta Rios¹, Mónica Caetano², M Guilhermina Reis³

1- Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António, 2- Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António - Serviço de Dermatologia, 3- Centro Hospitalar do Porto, Hospital Santo António - Serviço de Pediatria

Introdução: A Síndrome de Pele Escaldada Estafilocócica (SPEE) é uma doença rara causada pela toxina epidermolítica produzida por certas estirpes de *Staphylococcus aureus*, sobretudo do fagotipo 2. Cerca de dois terços dos casos ocorrem antes dos 2 anos de idade, tendo-se verificado um aumento da sua incidência nos últimos anos. **Caso clínico:** Criança do sexo masculino, 6 anos de idade, com antecedentes de eczema atópico ligeiro. História de eritema corporal mais intenso na face, ligeiramente pruriginoso, com 2 dias de evolução. Ao exame objectivo, eritema vermelho vivo mais exuberante nas pregas e regiões peri-orificiais da face, com hipersensibilidade ao toque, associado a edema palpebral e conjuntivite bilateralmente. Posteriormente, aparecimento de lesões vesico-bolhosas com sinal de Nikolsky positivo e áreas de descolamento epidérmico na região cervical. Em poucas horas estas lesões envolveram toda a superfície corporal. Adicionalmente, observava-se exulceração recoberta por crosta melicérica de localização perinasal sugestiva de impetigo e hipertrofia amigdalina esquerda com eritema. Sem febre ou outras queixas. Negada história de infecção prévia ou administração medicamentosa. Realizado estudo analítico que não revelou alterações. Hemocultura estéril e zaragatoa da orofaringe negativa. Iniciou tratamento de SPEE provável com flucloxacilina, associado a medidas de assepsia. Efectuada antibioterapia tópica ocular. Regressão do eritema ao quinto dia de doença e resolução progressiva das lesões cutâneas sem cicatrizes. **Comentários:** A SPEE é muito rara depois dos 5 anos. O eczema atópico aumenta a probabilidade de colonização por *Staphylococcus aureus*, o que poderá ter contribuído para aumentar o risco de infecção nesta criança. O ponto de partida infeccioso neste caso parece ter sido a lesão de impetigo. As lesões características e a ausência de infecção ou fármacos prévios dispensaram a realização de biópsia cutânea ou mais investigação. Além da antibioterapia, o tratamento destes doentes é semelhante ao de um grande queimado, sendo necessárias medidas de assepsia rigorosa. A evolução favorável é a habitual nas crianças cujo prognóstico é geralmente muito bom. Os autores apresentam o caso pela sua raridade e pelas imagens características das lesões.

Palavras-chave: Síndrome de Pele Escaldada Estafilocócica, *Staphylococcus aureus*



PD143- Amigdalite aguda: prevalência da infecção por streptococcus B-hemolíticos do grupo A e resistência à antibioterapia

Patrícia Santos¹, Tânia Sotto Maior¹, Margarida Monteiro¹, Teresa Neto²

1- Hospital Pedro Hispano, 2- Centro de Saúde Sra. da Hora - ULS Matosinhos

Introdução: A amigdalite aguda é uma infecção que ocorre em todas as faixas etárias. A sua etiologia é variável, sendo os vírus os agentes mais comuns. Apenas em 15 a 30% dos casos são bactérias os agentes responsáveis, nomeadamente o streptococcus B-hemolítico do grupo A (SGA). Os testes de detecção antigénica rápida realizam-se em 15 minutos e apresentam uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 95%. O conhecimento do agente etiológico é importante na decisão terapêutica. Por um lado, promover a diminuição do uso excessivo de antibióticos e do aumento das resistências; por outro, prevenir a evolução para doenças como a febre reumática. **Objectivos:** Avaliar a prevalência das amigdalites estreptocócicas. Avaliar a resistência aos antibióticos: penicilina e macrólidos. Comparar a incidência de amigdalites estreptocócicas com idade gestacional, aleitamento materno, frequência de infantário, antecedentes pessoais de atopia e as resistências aos antibióticos com frequência de infantário, história de amigdalites, otites anteriores e toma recente de antibióticos. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo, descritivo. População estudada: utentes com idade inferior a 18 anos que recorreram ao centro de saúde da Senhora da Hora entre Fevereiro e Maio por amigdalite aguda. Foram recolhidas amostras do exsudado amigdalino. Foi efectuado um questionário com pesquisa dos parâmetros a comparar. **Resultados:** Durante o período em que decorreu o estudo foram observadas 40 crianças com amigdalite, 60% do sexo masculino, idades compreendidas entre os 11 meses e os 18 anos. O SGA foi isolado em 11 amostras (27,5%), correspondendo 64% dos casos a amostras recolhidas a crianças com idade

entre os 3 e os 8 anos. Não se encontrou relação entre incidência de amigdalite por SGA e os parâmetros analisados. Cem por cento das estirpes isoladas eram sensíveis à penicilina. Relativamente à eritromicina observou-se sensibilidade intermédia em 18% e resistência em 27%. **Conclusões:** Os nossos resultados apontam para uma resistência significativa à eritromicina e uma sensibilidade de 100% à penicilina pelo que este deverá ser o antibiótico de 1ª linha na suspeita de amigdalite por SGA. Na nossa amostra o isolamento do SGA ocorreu em apenas 27,5% pelo que a existência de kits de detecção rápida de antigénios do SGA nos serviços de urgência e centros de saúde poderia reduzir o uso indiscriminado de antibióticos e o aumento de resistências significativamente.

Palavras-chave: Amigdalite aguda, etiologia, diagnóstico, tratamento

PD144- Transmissão vertical do VIH - Serologia Negativa?

Pedro Garcia¹, Paulo Sousa², António Marques², Deolinda Barata²

1- Hospital Dona Estefânia, 2- UCIP-Hospital Dona Estefânia

Introdução: Em grávidas com serologia positiva conhecida para infecção VIH, a profilaxia da transmissão vertical do vírus é efectiva com taxa de transmissão abaixo dos 2% nos países industrializados. Existe no entanto uma pequena margem de recém-nascidos em que a infecção materna a VIH não é diagnosticada durante a gravidez. **Métodos:** Caso clínico de lactente de 3 meses de idade, raça caucasiana, filho de pais jovens aparentemente saudáveis. Gravidez vigiada sem intercorrências com serologias negativas (VIH e CMV). O período neonatal decorreu sem complicações. Cerca de duas semanas antes do internamento inicia quadro de febre, recusa alimentar e coriza que evoluiu para quadro grave de polipneia e hipoxémia. O RX de tórax mostrava uma hipotransparência heterogénea intersticial bilateral e o agravamento da hipoxémia levou à instituição de ventilação mecânica e terapêutica antibiótica com Eritromicina e Cotrimoxazol. Da investigação laboratorial inicial destaca-se um teste de "screening" positivo para infecção VIH que não foi confirmada pela técnica de Western-Blot mas que viria a ser mais tarde confirmada pela PCR para VIH. Foi instituída terapêutica anti-retroviral. O lavado bronco alveolar identificou infecção a *Pneumocystis jirovecii*. Por sobreinfecção a *Pseudomonas aeruginosa* e falência terapêutica foi instituída Ceftazidima, Gentamicina e Pentamidina. Por infecção a CMV iniciou Ganciclovir. O doente teve evolução desfavorável com evolução para ARDS não reversível com ventilação de alta frequência e terapêuticas adjuvantes da ventilação como o surfactante e óxido nítrico. Do estudo imunológico dos pais salienta-se: Pai com Serologia VIH 1 e 2, Ag p24 e DNA pró-viral negativos e Mãe com Ac. Anti VIH muito positivo, Ag p24 equívoco e carga viral de 57 230 cópias. **Discussão e Conclusões:** O rastreio da infecção VIH durante a gravidez com testes de elevada sensibilidade, particularmente no último trimestre é determinante para o sucesso da profilaxia da transmissão vertical. A presença de serologia VIH negativa no último trimestre da gravidez não exclui a infecção materna, seja por se encontrar em período de janela imunológica, seja pelo uso de testes de rastreio de baixa sensibilidade em alguns laboratórios. Cerca de 20%, dos lactentes infectados no período perinatal, apresenta-se com doença rapidamente progressiva, tipicamente, pneumonia a *Pneumocystis jirovecii*, por volta da 10^a-14^a semana de vida com taxa de mortalidade de 30%.

Palavras-chave: VIH Transmissão Vertical ARDS

PD145- Complicaciones intracraneales secundarias e otitis media aguda

Borja Croche Santander, Ana Porras Gonzalez, Maria Dolores Madrid Castillo, Ignacio Obando Santaella
Hospital Infantil Virgen Del Rocio

Justificación y objetivos: Las complicaciones intracraneales de origen otógeno son procesos raros en pacientes pediátricos en la era antibiótica. En los últimos tres años hemos detectado una frecuencia inusualmente elevada de estas complicaciones. **Material y Métodos:** Revisión retrospectiva de siete casos en pacientes con diagnóstico de OMA que han presentado complicaciones intracraneales secundarias durante los años 2005-2007. **Resultados:** Hemos revisado un total de siete historias con complicaciones intracraneales obteniendo como diagnóstico trombotosis del seno sigmoideo en tres pacientes, meningitis en dos, absceso cerebral en uno, trombotosis de seno lateral asociada a hidrocefalia otítica en uno. Entre los factores de riesgo para desarrollo de complicaciones intracraneales se ha identificado colesteatoma en un 29%. Un 57% de los pacientes no presentó factores de riesgo. El 100% de los pacientes habían recibido antibioterapia oral antes de la aparición del cuadro. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y otalgia. Encontramos síntomas

compatibles con mastoiditis en cuatro pacientes. En cuanto a la sintomatología neurológica destacaban la cefalea, alteración del estado mental, la parálisis del VI par y signos meníngeos. Se utilizó técnicas de imagen en todos los pacientes. La TAC fue diagnóstica en el 85% de los casos. Se empleó RMN en el 28% de los pacientes, siendo diagnóstica en un paciente afecto de trombotosis de seno lateral. Se aisló el microorganismo en el 42% de los casos: *Streptococo Grupo A* en dos pacientes y *Proteus Mirabilis* en uno. Se inició tratamiento intravenoso cefotaxima, vancomicina y metronidazol en el 86% de pacientes. En dos pacientes se realizaron mastoidectomías radicales. En los casos de Hipertensión Intracraneal se requirió tratamiento neuroquirúrgico que consistió en la colocación de una válvula de derivación externa hasta normalización de la Presión Intracraneal. A pesar de la alta morbi-mortalidad de estos procesos nuestra serie no presenta ningún exito. **Conclusión:** Nuestra experiencia reciente subraya el riesgo potencial de los cuadros de OMA para producir complicaciones intracraneales. En los 3 casos con aislamiento microbiológico se identificaron microorganismos que podrían estar asociados con una virulencia incrementada. Se hace preciso una vigilancia epidemiológica multicéntrica para determinar si existe un incremento en la incidencia de estas complicaciones, como parece haber ocurrido con las otomastoiditis.

Palavras-chave: Complicación intracraneal, otitis media.

PD146- Meningite Tuberculosa: um diagnóstico a relembrar

Sofia Gouveia¹, Ana Martins², Marta Conde³

1- Hospital D. Estefânia - Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE, 2- Hospital D. Estefânia - Neurologia Pediátrica, 3- Hospital D. Estefânia - Unidade de Infecçologia

Introdução: Após a descoberta dos antibióticos, verificou-se grande sucesso no controlo da tuberculose. Contudo, assiste-se nos dias de hoje ao aumento da sua incidência, tanto na forma pulmonar, como extrapulmonar, sendo a meningite tuberculosa é uma das formas mais graves. O objectivo deste trabalho é relembrar a necessidade do seu diagnóstico precoce e tratamento atempado. **Caso Clínico:** Menina, 10 anos, rastreio negativo para tuberculose 2 anos antes por contacto com tia com tuberculose pulmonar. Internada por febre, vómitos e cefaleias com 4 dias de evolução. Leucograma com neutrofilia relativa e linfopenia, PCR e VS negativas. LCR com hipoglicorraquia, hiperproteinorraquia e pleocitose sem predomínio. TC-CE e RMN-CE sem alterações. EEG traçado difusamente lento e mal diferenciado, sem actividade paroxística. Medicada com ceftriaxone, ciprofloxacina e aciclovir por suspeita de encefalite. Exames bacteriológicos e serologias virais negativos e PCR no LCR para HSV, EBV, CMV, Enterovírus, Adenovírus, Influenza, *Mycoplasma pn.*, *Brucella spp.*, *Borrelia spp* negativos. Prova de Mantoux anérgica. Manteve picos febris diários, cefaleias e períodos de confusão mental alternando com sonolência. Em D7 surge com paralisia facial, repete RMN-CE sem alterações. Em D9 convulsão tónico-clónica generalizada e agravamento do estado de consciência. Repete TC-CE que revela hidrocefalia aguda e áreas de enfarte da artéria cerebral anterior e núcleos da base. Coloca derivação ventricular externa e inicia antibióticos e anfotericina B. Realizou três punções lombares, todas com hipoglicorraquia moderada persistente e na última (D14) a PCR para *Mycobacterium tuberculosis* (BK) foi positiva. Sem melhoria, vem a falecer ao décimo quinto dia de internamento. Os exames realizados pós-mortem no tecido cerebral mostraram PCR positiva para BK posteriormente confirmada com exame cultural em Lowenstein. **Comentários:** O diagnóstico de meningite tuberculosa, actualmente rara, pode ser difícil. A prova de Mantoux é frequentemente anérgica, a PCR para BK no LCR pouco sensível e as culturas demoradas. O agravamento progressivo apesar da terapêutica iniciada, a hipoglicorraquia persistente, simultaneamente com a história de contacto que esta doente apresentava, poderiam ter levado a um início mais precoce dos antibióticos. Urge relembrar esta patologia e a necessidade do início da terapêutica na suspeição diagnóstica, pois as consequências podem ser fatais.

Palavras-chave: Tuberculose, Meningite

PD147- Trombocitopenia severa como complicação de infecção aguda por EBV

Patricia Vaz Silva, Núria Madureira, Fernanda Rodrigues, Lurdes Maricato
Hospital Pediátrico de Coimbra

A diminuição do número de plaquetas ocorre em cerca de 50% das infecções agudas pelo vírus Epstein-Barr (EBV), mas a trombocitopenia severa (<20000U/L) é uma complicação muito rara. Pensa-se que a etiologia desta trombocitopenia seja imunomediada. Os autores apresentam um caso clínico

de trombocitopenia severa após infecção aguda por EBV. Criança de 9 anos com quadro de petéquias e equimoses generalizadas, com 24 horas de evolução, sem febre e sem outros sintomas associados. Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes. Ao exame objectivo apresentava várias petéquias, sufusões hemorrágicas, equimoses dispersas, lesão sangrante no lábio inferior, adenopatias cervicais e amigdalite eritemato-fibrinosa, sem outras alterações. Analiticamente constatou-se trombocitopenia severa (4000U/L) sem atingimento das outras linhas hematológicas e o esfregaço de sangue periférico evidenciou mononucleares atípicos. Apresentava ainda TGO=93U/L, TGP=136U/L e HDL=1540U/L. As serologias virais revelaram infecção aguda por EBV (IgM=160U/ml). Durante o internamento houve agravamento clínico, apresentando hemorragia da mucosa oral e epistáxis, com como laboratorial (plaquetas=1000U/L), pelo que iniciou terapêutica com Imunoglobulina, associando-se posteriormente Prednisolona. Teve alta 4 dias depois, clinicamente bem, com plaquetas=28000U/L e transaminases sem alterações, tendo-se verificado normalização do número de plaquetas 15 dias após a infecção aguda. Durante o seguimento repetiu serologia que revelou seroconversão para EBV. Embora a infecção por EBV seja muito frequente em idade pediátrica, é geralmente benigna e auto-limitada. A trombocitopenia severa é uma complicação rara, mas não deve ser ignorada. O tratamento da trombocitopenia associada a esta infecção ainda não está bem estabelecido mas atendendo à etiopatogenia, nas situações severas utiliza-se frequentemente imunoglobulina isolada ou em associação com corticóides.

Palavras-chave: Trombocitopenia severa, EBV

PD148- Varicela complicada por infecção por *S. aureus* meticilino-resistente numa criança sem factores de risco

Beatriz Vale, Ana Isabel Cordeiro, Fernanda Rodrigues
Hospital Pediátrico de Coimbra

A varicela é uma doença habitualmente benigna e auto-limitada, no entanto podem ocorrer complicações graves, entre as quais a sobreinfecção bacteriana, sendo o *S. pyogenes* e o *S. aureus* os principais agentes implicados. Os autores apresentam o caso de uma criança de 17M, sexo masculino, com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, observada por febre com 3 dias de evolução. Tinha-lhe sido diagnosticada varicela há 5 dias e foi medicada com aciclovir. Ao exame objectivo apresentava prostração e lesões sugestivas de varicela sem sinais de sobreinfecção. O hemograma não tinha alterações e a proteína C reactiva (PCR) era de 6,1mg/dL. A radiografia do tórax revelou índice cardio-torácico aumentado e o ecocardiograma mostrou pequeno derrame pericárdico, sem compromisso cardiovascular. Por persistência da febre e irritabilidade foi observado novamente 3 dias depois. Algumas das lesões cutâneas apresentavam agora sinais inflamatórios exuberantes, com crostas e exsudato purulento. Repetiu avaliação analítica: leucócitos=21900/ μ L (N=13700/ μ L) e PCR=11,6mg/dL. Efectuou cultura do exsudato de uma das lesões. Foi medicado com flucloxacilina. Ficou apirético após 24 horas, mantendo no entanto lesões com aspecto semelhante. Três dias depois obtivemos o resultado da cultura do exsudato, que foi positiva para *S. aureus* meticilino-resistente (SaMR), susceptível à eritromicina, com a qual foi medicado. Foi reavaliado por Cardiologia e já não apresentava derrame pericárdico. A evolução das lesões cutâneas foi também favorável. No decurso da varicela, a existência de febre depois do 3º dia ou o seu ressurgimento, deve evocar as possíveis complicações. No caso descrito, o padrão da febre e as características das lesões, levaram-nos a colocar a hipótese de infecção cutânea bacteriana. O tratamento empírico inicial deve incluir cobertura anti-estreptocócica e estafilocócica porque ambos os germens podem estar envolvidos. Em vários países, tem-se assistido a um aumento progressivo de SaMR do ambulatório, em crianças com e sem factores de risco, colocando problemas no tratamento. Entre nós o número destas infecções é muito baixo e não temos assistido ao seu aumento, pelo que continuamos a manter a utilização da flucloxacilina na primeira linha. Todos os esforços devem ser feitos para identificar o gérmen e sua susceptibilidade e assim adequar a terapêutica. Neste caso foi fundamental esta identificação pois o gérmen em causa era resistente ao antibiótico prescrito.

Palavras-chave: Varicela, sobreinfecção, SaMR

PD149- Pericardite recidivante por *Mycoplasma pneumoniae*

Daniel Gonçalves, Rita Fernandes, João Barreira, Artur Bonito-Vitor
Hospital de São João

As complicações cardíacas das infecções por *Mycoplasma pneumoniae* têm sido ocasionalmente descritas. Na maioria dos casos, uma infecção inicial

despoleta um conjunto de respostas sistémicas auto-ímmunes, com potencial envolvimento pericárdico, que tornam difícil o controlo a longo prazo, e estão associadas a um elevado número de recidivas. Os autores descrevem o caso de uma criança com 7 anos de idade, sexo feminino, sem antecedentes de relevo, que cerca de 24h antes da admissão iniciou febre elevada, dor pré-cor-dial com irradiação para o ombro esquerdo e ortopneia. Recorreu ao serviço de urgência, tendo sido realizado na avaliação inicial um ecocardiograma, que documentou derrame pericárdico de médio volume, sem compromisso hemodinâmico. Foi internada sob terapêutica com ácido acetilsalicílico (AAS) 80mg/kg/dia e prednisolona 2mg/kg/dia. Teve alta ao 4º dia, assintomática, com esquema de redução de corticoterapia, orientada para a consulta de infecciologia pediátrica. Os exames culturais realizados foram negativos e o estudo imunológico normal. Apresentava um padrão serológico compatível com infecção aguda por *Mycoplasma pneumoniae* (IgM positivo, IgG negativo). Um mês após surge uma recidiva da pericardite, coincidindo com o início de esquema de corticoterapia em dias alternados. Reiniciou AAS e prednisolona, e efectuou um curso de 3 dias de azitromicina, com melhora clínica rápida. Analiticamente documentou-se subida de cerca de 4x do título de IgG de *Mycoplasma pneumoniae*, sem outros achados relevantes. Teve alta ao 5º dia de internamento, com esquema de redução prolongada de corticoterapia, e o ecocardiograma de controlo às 3 semanas não revelou derrame residual. Dois meses após este episódio, uma vez mais após iniciar corticoterapia em dias alternados, teve recidiva da pericardite, com necessidade de internamento. Nesta altura, apresentava já estigmas da corticoterapia prolongada, como hirsutismo e facies cushingoide. Após reiniciar AAS e prednisolona, teve evolução clínica favorável, tendo-se estabelecido como plano reintroduzir AAS em dose anti-inflamatória na altura em que iniciar redução da prednisolona, na tentativa de evitar nova recidiva. Os autores salientam as dificuldades na prevenção das recidivas de uma pericardite corticodependente, aqui despoletada por uma infecção por *Mycoplasma pneumoniae*. Será necessário seguimento a longo prazo para avaliar a eficácia do esquema adoptado.

Palavras-chave: Pericardite *Mycoplasma* Recidiva

PD150- Varicela neonatal - caso clínico

Monica Cró Braz, Manuel Primo
Hospital Garcia de Orta

Introdução: A varicela, causada pelo vírus Herpes Zoster, é uma doença exantemática comum em idade pediátrica, na sua maioria, benigna e auto-limitada. Existem algumas formas menos frequentes mas potencialmente graves de varicela. Os recém-nascidos, sobretudo aqueles em que o rash materno causado pela varicela surge no período que decorre 5 dias ante-parto e 2 dias pós-parto, constituem um grupo de risco, com mortalidade avaliada em 20% dos casos. **Descrição do Caso:** Recém-nascido, sexo masculino, gravidez vigiada, de termo, que decorreu sem complicações. Parto eutócico, no Hospital Garcia de Orta, com Índice de Apgar 9/10, ao 1º e 5º minutos, respectivamente e peso de 4690g. A mãe, dois dias antes do parto, e em contexto epidemiológico positivo, iniciou quadro clínico de varicela. O recém-nascido acompanhou a mãe, num quarto de isolamento, com indicação para fazer aleitamento materno exclusivo. Às 4 horas de vida foi efectuada terapêutica com imunoglobulina humana anti vírus varicela zoster. Em D1 de vida, iniciou quadro caracterizado por lesões cutâneas maculo-papulo-vesiculares generalizadas, com predomínio no tórax e abdómen, extensíveis à cabeça e aos membros, mantendo-se apirético e com bom estado geral, sem sinais neurológicos ou de dificuldade respiratória. Avaliação analítica em D1 revelou: Hb 16,2 g/dL, Plaquetas 312 000 x 109/L, GB 16 900 x 109/L N 52% L 23% Ureia 20 mg/dL, Creatinina 0,8 mg/dL, AST 39 UI/L, ALT 20 UI/L e PCR 0,4 mg/dL. Iniciou aciclovir endovenoso que manteve durante 14 dias com regressão completa do quadro em D13 de vida. Em D13 iniciou sinais inflamatórios do dorso da mão direita a nível da zona de inserção de catéter, com evolução para abcesso, que necessitou de drenagem cirúrgica e antibioterapia (flucloxacilina). Alta em D18, clinicamente bem. Avaliado ao primeiro mês de vida em Consulta de Pediatria Geral, apresentando-se sem sequelas, com boa evolução estaturo-ponderal. **Discussão:** Este caso clínico, apesar de não traduzir uma novidade enquanto doença, representa uma forma particular de varicela, que por ocorrer no período neonatal, motiva terapêutica pós-exposição (imunoglobulina) e em fase activa (aciclovir), no sentido de reduzir a gravidade da infecção. Este caso de varicela permitiu rever literatura e adequar protocolos numa situação rara mas potencialmente fatal, em neonatologia.

Palavras-chave: varicela neonatal, imunoglobulina, aciclovir

PD151- Leishmaniose visceral - Relato de um caso clínico

Nicole Silva, Filipa Neiva, Vânia Machado, Lício Félix, António Marques, Helena Silva
Hospital de São Marcos

A leishmaniose, provocada por um grupo heterogéneo de parasitas que pertencem ao género *Leishmania* resulta em diferentes quadros clínicos. A leishmaniose visceral sintomática é frequentemente fatal se não tratada. Muitos regimes terapêuticos estão associados a falência terapêutica e toxicidade considerável. Na ausência de uma resposta imune adequada, o tratamento é frequentemente mal sucedido e recidivas são frequentes. Alguns estudos sugerem que a anfotericina B tem a taxa de cura mais elevada. Criança, sexo feminino, 23 meses, residente em meio rural, com antecedentes de úlceras orais recorrentes com 2 meses de evolução. Trazida ao SU por febre, vômitos alimentares esporádicos e recusa alimentar parcial com 6 dias de evolução. Ao EO apresentava um bom estado geral e nutricional, palidez muco-cutânea e uma esplenomegalia com 5 cm abaixo do rebordo costal esquerdo, sem outras alterações relevantes. Analiticamente apresentava uma pancitopenia (Hb-7,3g/dl; leucócitos-2.0/ul, plaquetas-6600/ul), aumento dos reagentes de fase aguda (VS-82mm/h, PCR-96 mg/L), hiper-gamaglobulinemia, discreta citólise hepática e discreta elevação da LDH. O esfregaço do sangue periférico não revelou sinais de doença hematológica primária. O mielograma excluiu doença linfoproliferativa e fez o diagnóstico definitivo de leishmaniose visceral pela observação de parasitas intra e extracelulares com características de *Leishmania donovani*. Iniciou Anfotericina B lipossómica, com boa tolerância, tendo ficado apirética em D3 de internamento. Realizou controlo analítico em D6 de internamento com franca melhoria hematológica, sem alterações da função renal. Quatorze meses após o diagnóstico permanece assintomática, sem recidivas. A anfotericina B lipossómica é um fármaco seguro, eficaz e bem tolerado no tratamento da LV que tem sido utilizada mais frequentemente, com esquema posológico mais cómodo em relação aos antimoniais tradicionais, apesar do seu custo elevado.

Palavras-chave: Leishmaniose visceral, anfotericina B lipossómica

PD152- Bordetella pertussis. Recidiva ou Reinfecção?

Eliana Oliveira, Georgeta Oliveira, Tania Sotto Maior, Maria Eduarda Cruz
Hospital Pedro Hispano

Introdução: A infecção por *Bordetella pertussis* tem aumentado globalmente nos últimos anos, apesar dos programas de vacinação, constituindo actualmente um importante problema de saúde pública. **Descrição do Caso:** Apresentam-se dois casos de tosse coqueluchóide em lactentes com 1 mês de vida, cujo diagnóstico foi confirmado por polimerase chain reaction (PCR) nas secreções nasofaríngeas. Um dos lactentes foi medicado com azitromicina, tendo o outro cumprido terapêutica com eritromicina. Todos os contactos próximos realizaram profilaxia com azitromicina. Ambas as crianças foram reinternadas por episódios de apneia e tosse cianótica. Num dos casos optou-se por cumprir novo ciclo de tratamento com eritromicina, enquanto que no outro manteve-se uma atitude expectante. Ambos os lactentes evoluíram clinicamente bem. **Discussão:** Os autores apresentam estes casos com o objectivo de levantar a questão da eventual realização de exame cultural nas infecções por *Bordetella pertussis* no sentido de identificar reinfecções, recidivas ou de interpretar estas situações como casos de evolução natural da doença.

Palavras-chave: *Bordetella pertussis*; recidiva; reinfecção

PD153- Positividade das hemoculturas no Serviço de Urgência – patógenos vs contaminantes

Lígia Peralta¹, Marcela Guerra², Andreia Oliveira², Sílvia Almeida², Elmano Ramalheira³, Arménia Parada²

1- Hospital Infante D. Pedro - Aveiro, 2- Serviço de Pediatria, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro, 3- Serviço de Patologia Clínica, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro,

Introdução: A hemocultura (HC) integra, geralmente, a avaliação inicial da criança febril sem sinais de focalização ou com estado clínico preocupante. A introdução de novas vacinas, na última década, reduziu a probabilidade de uma HC positiva se dever a um verdadeiro agente patogénico. Vários estudos demonstram uma elevada percentagem de culturas positivas por contaminantes. **Objectivos:** Avaliar as características clínicas e laboratoriais dos doentes com HC positivas, e as diferenças entre aqueles cuja positividade se

deveu a agentes patogénicos e a contaminantes; caracterizar os agentes isolados e a sua susceptibilidade aos antibióticos. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, realizado entre 1 de Julho de 2003 e 30 de Junho de 2007. Analisaram-se os processos clínicos das crianças com HC positiva observadas no Serviço de Urgência do Hospital Infante D. Pedro. Foram avaliados os seguintes parâmetros: sexo, idade, factores de risco, motivo da realização da HC, presença de febre e sinais clínicos preocupantes, leucograma, proteína C reactiva (PCR), diagnóstico final, orientação do doente, resultado da HC e antibiograma. **Resultados:** Houve crescimento bacteriano em 182 HC, correspondente a 175 crianças (57,1% do sexo masculino). A idade variou entre 1 dia e 13 anos com uma mediana de 8 meses. Apenas 36 não aparentavam focalização, enquanto 59 apresentavam sintomatologia respiratória alta, 25 sintomatologia respiratória baixa e 24 exantema purpúrico. Encontravam-se apiréticas 31. Os agentes considerados patogénicos representaram 13,7% das positivities, destacando-se o meningococo (5), o pneumococo (4) e o *Staphylococcus aureus* (4). Não se observaram resistências antibióticas significativas. Não se registaram diferenças entre os dois grupos no respeitante ao valor máximo de temperatura, ao dia de febre e ao leucograma. Os doentes com isolamento de patógenos apresentaram um valor médio de PCR mais elevado (9,39 vs 3,94 mg/dL; p=0,003). Foram internadas 143 crianças e destas, 79 realizaram antibioterapia (63 contaminantes). **Conclusões:** Embora na literatura a leucocitose, a neutrofilia e a temperatura de apresentação sejam descritas como preditivas de positividade, no nosso estudo apenas a PCR mostrou sê-lo. Em concordância com estudos anteriores, verificou-se um elevado número de HC contaminadas, devendo, por isso, implementar-se medidas para contrariar esta tendência. Os agentes identificados não apresentaram resistências antibióticas importantes.

Palavras-chave: hemocultura, bacteriémia, contaminação

PD154- Sépsis com ponto de partida abdominal - uma causa pouco frequente

Nuno Carreira, João Bismarck Pereira, Mafalda Brito, Margarida Lobo Antunes, Alexandre Marques, João Mendes, António Fonseca, Gustavo Rodrigues
Hospital dos Lusíadas, H.P.P.

Introdução: Os quadros infecciosos com ponto de partida abdominal são frequentes no serviço de urgência (SU) em Pediatria, predominando as causas gastrointestinais e urinárias. As causas ginecológicas são mais raras, mas têm vindo a crescer de importância à medida que a “idade pediátrica” tem aumentado. **Descrição do Caso:** Apresentamos o caso de uma adolescente de 15 anos, com antecedentes pessoais de duplicação pielocalicial bilateral e duas “infecções urinárias” prévias, que deu entrada no SU com um quadro com 3 dias de evolução de febre alta, dor abdominal ocasional acentuada na fossa ilíaca esquerda e exantema petequeial disperso com início nesse dia. Tinha iniciado cotrimoxazol sete dias antes por suspeita de infecção urinária. À entrada estava febril e prostrada. Na fossa ilíaca esquerda, palpava-se uma massa cordiforme dolorosa. Tinha ainda um exantema petequeial disperso mas escasso e um exantema macular mais extenso, com domínio no tronco. Analiticamente destacava-se leucopénia (1670/ μ l) com neutropénia (1090/ μ l), trombocitopénia (100000/ μ l), fibrinogénio normal com D-dímeros muito elevados (6422 ng/ml) e PCR de 5,26 mg/dl. A ecografia transvaginal revelou a existência de líquido livre em quantidade moderada no fundo de saco de Douglas e perianexial esquerdo, com área de maior densidade e de aspecto sólido. Verificando-se aumento rápido da discrasia cutânea, considerou-se um quadro de sépsis com ponto de partida numa Doença Inflamatória Pélvica (DIP) e toxidermia. Iniciou-se terapêutica com tazobac e ampicilina. Ficou apirética às 36 horas. Houve regressão completa do exantema macular e posteriormente das petéquias. A dor abdominal desapareceu ao fim de seis dias. Manteve a massa descrita. Os valores laboratoriais normalizaram progressivamente. As culturas foram negativas. A ecografia ao sexto dia mostrou reabsorção quase total do líquido descrito. Completou cobertura antibiótica com 1g de azitromicina oral. Teve alta ao décimo dia orientada para a consulta de Ginecologia. Actualmente está assintomática e sem alterações na ecografia. **Comentários:** Não é frequente em Pediatria a sépsis com ponto de partida numa DIP. Devemos pensar neste diagnóstico em adolescentes com vida sexual activa e dor nos quadrantes abdominais inferiores. Apesar da terapêutica antibiótica instituída não ser de primeira linha, o quadro clínico-laboratorial inicial e a melhoria progressiva justificaram a sua manutenção.

Palavras-chave: Sépsis, D.I.P., adolescentes

PD155- Coinfecção Bordetella pertussis e Chlamydia trachomatisVera Viegas¹, Marta Conde², Catarina Gouveia²

1- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., 2- Hospital de Dona Estefânia - Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE - Unidade de Infeciologia

Introdução: Na infecção a Bordetella pertussis a co-infecção com outros microorganismos respiratórios começa a ser descrita com maior frequência. No entanto, a associação entre Bordetella pertussis e Chlamydia trachomatis está pouco descrita na literatura. **Casos Clínicos:** Descrevem-se dois lactentes de 2 meses, internados por tosse acessual de agravamento progressivo, com congestão facial, cianose peri-bucal e guincho no final dos acessos. No primeiro caso, salienta-se parto por cesariana com rotura de bolsa de água (RBA) 5 horas antes do parto e imunização DTP quatro dias antes do internamento. No segundo, a mãe referia leucorreia vaginal no 3º trimestre de gravidez e o parto foi por cesariana com RBA intraparto, sem imunizações DTP. Em ambos havia contexto epidemiológico de tosse. Laboratorialmente apresentavam leucocitose com linfocitose. A pesquisa de Bordetella pertussis por PCR e o antígeno de Chlamydia trachomatis nas secreções da nasofaringe foram positivas. Foram medicados com eritromicina e realizou-se quimioprofilaxia a todos os contactos próximos, constatando-se uma boa evolução clínica. **Conclusão:** Na infecção por Bordetella pertussis é necessário considerar co-infecções com outros agentes, nomeadamente com Chlamydia trachomatis, ambas com manifestações clínicas semelhantes. Não há literatura disponível que permita avaliar a influência da co-infecção na evolução clínica dos doentes, nomeadamente na gravidade da apresentação clínica. A pesquisa de microorganismos respiratórios deve ser sistemática e não se deve excluir os microorganismos respiratórios principais

Palavras-chave: coinfecção, Bordetella pertussis, Chlamydia trachomatis**PD156- Doença Invasiva por Streptococcus pyogenes: uma doença a renascer?**

Vinhas da Silva, Ana Luísa Leite, Mafalda Santos, Lúcia Trindade, Isabel Carvalho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Introdução: As infecções invasivas graves por Streptococcus pyogenes (ou Streptococcus Beta-hemolítico do grupo A) são situações clínicas raras (4-5 casos/100000 crianças), descrevendo-se, nos últimos 30 anos, um aumento da sua incidência. A doença invasiva por Streptococcus pyogenes pode apresentar-se de várias formas: síndrome de choque tóxico, fascíte necrotizante, bacteriemia, meningite, osteomielite, pneumonia. Geralmente, após instituição de antibioticoterapia adequada, a sua resolução é rápida e a evolução favorável, no entanto, o diagnóstico tardio relaciona-se com mau prognóstico (mortalidade 5-10%). **Casos Clínicos:** Neste trabalho, descrevemos 3 formas distintas de manifestação clínica de Doença Invasiva por Streptococcus pyogenes que apresentaram como denominador comum, a história de infecção vírica recente. O primeiro caso tratou-se de bacteriemia com envolvimento multissistémico (hepatite aguda, artralgias, mialgias), com clínica sobreponível a um Síndrome de Kawasaki, com episódio prévio de gengivostomatite herpética e utilização de AINES, tendo sido isolado o Streptococcus pyogenes na hemocultura. O segundo caso tratou-se de sepsis e pré-choque, com um síndrome mononucleósico prévio, tendo sido isolada na hemocultura o Streptococcus pyogenes. O terceiro caso de infecção invasiva por Streptococcus pyogenes tratou-se de osteomielite e artrite séptica, no contexto de varicela, tendo sido isolado o Streptococcus pyogenes no líquido articular. Em todos os casos foi efectuada antibioticoterapia de largo espectro e, no último caso, artrotomia do joelho direito e cotovelo esquerdo, com boa resposta clínica, analítica e radiológica. **Conclusão:** A doença invasiva por Streptococcus pyogenes permanece uma forma rara de manifestação por este patogéneo, sendo relevante o aparecimento de 3 casos num curto espaço de tempo (3 meses), levando os autores a questionar-se sobre o aparecimento de novos serótipos com maior virulência. O diagnóstico de infecção invasiva por Streptococcus pyogenes é, por vezes, difícil, sendo fundamental um elevado nível de suspeição, principalmente em crianças com infecções víricas recentes ou uso de AINES, permitindo o tratamento precoce e, consequentemente, melhor prognóstico.

Palavras-chave: Streptococcus pyogenes; Doença invasiva**PD157- Bacteriemia a Streptococcus pneumoniae- uma apresentação invulgar**

Diana Gonzaga, Mariana Pinto, Marta Grilo, Sofia Ferreira, Susana Tavares Hospital São Sebastião, S. Maria da Feira

Introdução: O Streptococcus pneumoniae era a causa mais importante de bacteriemia oculta, principalmente nos dois primeiros anos de vida e antes da

introdução da vacina pneumocócica heptavalente conjugada. Actualmente, são necessários mais dados epidemiológicos. A celulite facial, como manifestação de doença pneumocócica invasiva é, contudo rara, estando documentados 1-3% de casos na população pediátrica. **Caso Clínico:** Lactente do sexo masculino, 3 meses de idade, primeiro filho de pais jovens e saudáveis. Sem antecedentes pré ou perinatais de relevo. Evolução estatura-ponderal e desenvolvimento psicomotor adequados. Plano Nacional de Vacinação actualizado, sem vacina anti-pneumocócica heptavalente conjugada. Trazido ao SU por febre com 12 horas de evolução associada a choro intenso consolável, recusa alimentar parcial e um episódio de vômito alimentar. Sem outra sintomatologia associada. Ao exame objectivo apresentava bom estado geral, sem alterações a salientar. Perante a suspeita de infecção urinária realizou estudo analítico, apresentando 13.200 leucócitos (69,6% neutrófilos) e proteína C reactiva positiva (62,2 mg/L), urina sem alterações. Foi internado com o diagnóstico de febre sem foco. Após 13h da admissão notado aparecimento de edema, rubor e calor da hemiface direita associada a edema gengival superior ipsilateral; sem história de traumatismo. Ausência de sinais objectivos de picada de insecto. Orofaringe e otoscopia normais. Fibroscopia nasal sem alterações. Perante o diagnóstico clínico de celulite facial foi instituída terapêutica endovenosa com amoxicilina-ácido-clavulânico. Ao 5º dia de internamento a hemocultura colhida na Urgência confirmou um Streptococcus pneumoniae serótipo 8 sensível à penicilina. Evolução clínica favorável, com apirexia às 12-24h de antibioticoterapia e resolução completa dos sinais inflamatórios da face. **Discussão:** Após a generalização da imunização contra o Haemophilus influenza tipo b (Hib), o Streptococcus pneumoniae tem sido prevalente na celulite facial, mas a celulite per se como manifestação de doença pneumocócica invasiva, mantém-se uma raridade. No presente caso, à semelhança do descrito na literatura, a celulite não era evidente à data do internamento, não se identificou uma porta de entrada e, pressupõe-se seja uma focalização da bacteriemia. Em contraste com outros focos de bacteriemia, a celulite ocorre com mais frequência no primeiro ano de vida e em crianças sem doença subjacente.

Palavras-chave: celulite, bacteriemia, Streptococcus pneumoniae**PD158- Meningoencefalite herpética durante primoinfecção - caso clínico**Tiago Correia¹, Clara Alves Pereira², Isabel Vale², Carla Zilhão², Edite Tomás², Cristina Garrido²

1- Centro Hospitalar do Porto, 2- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

A meningoencefalite (ME) herpética é uma temível infecção do sistema nervoso central (SNC) causada pelo vírus Herpes simplex (HS). A taxa de mortalidade atinge os 70% se o tratamento não for atempado e adequado. Com o início da administração de aciclovir até ao 4º dia de doença, a mortalidade decresce para 19-28%. Na Europa, tem uma incidência anual de cerca de 1/250000-500000. Cerca de 30% dos casos ocorrem entre os 6-24 meses. O diagnóstico clínico é sustentado pela instalação de sinais focais sugestivos de envolvimento fronto-temporal, no contexto sintomático de uma infecção vírica do SNC. O electroencefalograma (EEG), a neuroimagem e o estudo citoquímico e molecular do líquido cefalo-raquidiano (LCR) confirmam o diagnóstico. Os autores apresentam o caso clínico de uma lactente de 7 meses, sem antecedentes relevantes, levada ao SU por convulsão febril complexa. Descrevia síndrome febril com 5 dias de evolução e como sintomas acompanhantes referia recusa alimentar, prostração, irritabilidade e erupção vesicular perioral com início no 3º dia de doença. Estava medicada há 72 horas com amoxicilina por otite. Na admissão apresentava-se com bom estado geral, fontanela normotensa e pulsátil, sem petéquias ou outros exantemas, sem défices neurológicos focais ou outras alterações além de rubor e abaulamento timpânico à direita. Durante a permanência em OBS teve múltiplos episódios convulsivos breves, em contexto febril. Analiticamente a referir: pleocitose no LCR, proteinorráquia normal e hipoglicorráquia. Com estudos microbiológicos em curso e perante as hipóteses de diagnóstico - ME herpética e meningite bacteriana decapitada, iniciou tratamento com aciclovir e ceftriaxone. A RMN e EEG foram sugestivos de ME, e o diagnóstico foi confirmado pela detecção de DNA de HS1 por PCR. A evolução clínica foi favorável com apirexia desde o 5º dia de internamento (D5) e ausência de crises convulsivas desde D2 sob terapêutica anti-epiléptica. Actualmente não apresenta défices motores ou sensitivos, sendo descrita apenas subtil alteração da personalidade/comportamento com maior hiperactividade e humor eufórico. Mantém seguimento em consulta externa para detecção e intervenção precoce sobre eventuais sequelas. Com este caso clínico os autores pretendem focar a atenção nesta patologia grave que pode beneficiar do diagnóstico e tratamento precoce. Salientam ainda que, a ME associada à primoinfecção herpética com manifestações mucocutâneas não é comum.

Palavras-chave: Meningoencefalite herpética, Primoinfecção

PD159- Hemoculturas positivas num Serviço de Urgência Pediátrica

Filipa Almeida Leite, Cristina Faria
Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu

Introdução: A maioria das crianças febris que recorre a um Serviço de Urgência Pediátrica apresenta uma doença de etiologia vírica, frequentemente auto-limitada. No entanto, em situações seleccionadas pela sua gravidade, idade ou ausência de focalização é necessária investigação complementar que inclui a realização de hemocultura. **Objectivos:** Analisar as hemoculturas positivas por microrganismos patogénicos no nosso Serviço de Urgência, nomeadamente os agentes mais frequentes, sua evolução e correlação com a história clínica. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos dados microbiológicos referentes aos agentes patogénicos isolados nas hemoculturas colhidas em crianças febris, com idade até aos 16 anos, admitidas no Serviço de Urgência Pediátrica entre Janeiro de 2003 e Maio de 2007. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, ano da vinda ao SU, diagnóstico e evolução. **Resultados:** Entre Janeiro de 2003 e Maio de 2007, foram obtidas 470 hemoculturas positivas, destas apenas 89 (19%) foram consideradas verdadeiras bacteriémias, considerando-se nos restantes casos ter havido contaminação. Os germes patogénicos mais frequentemente isolados foram: *Streptococcus pneumoniae* (27 casos; 30,4%), *Neisseria Meningitidis* (14 casos; 15,7%), *Staphylococcus aureus* (12; 13,5%), *Escherichia coli* (12; 13,5%) e *Salmonella* (4; 4,5%). Neste período, 76,4% das crianças com hemoculturas positivas tinham idade inferior a 36 meses e a maioria (57,3%) era do sexo masculino. **Conclusões** O *S. pneumoniae* e a *N. meningitidis* são actualmente os microrganismos patogénicos predominantes, ocorrendo sobretudo em crianças com idade inferior a 36 meses, o que é concordante com outras séries.

Palavras-chave: Hemocultura; Bacteriémia; Germes patogénicos; Contaminação;

PD160- Tumefacção frontal – um desafio diagnóstico

Gustavo Januário¹, Alexandre Correia², Manuela Costa Alves³, Fernanda Rodrigues⁴

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Serviço de Neurocirurgia, 3- Serviço de Urgência, 4- Serviço de Urgência; Unidade de Infeciologia

Capnocytophaga spp são bactérias gram-negativas, constituintes da flora oral em humanos e alguns animais, responsáveis por infecções sistémicas como septicémia e meningite, mais frequentes em imunocomprometidos. Apresenta-se o caso de um adolescente de 12 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia frontal com 5 dias de evolução. Estava febril desde há 2 dias. Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes. Apresentava dor à palpação da região frontal. Realizou radiografia dos seios peri-nasais que mostrou opacidade do seio maxilar esquerdo tendo sido medicado com amoxicilina-ácido clavulânico para sinusite maxilar aguda. Voltou cerca de um mês depois. Havia cumprido o tratamento prescrito tendo ainda feito curso de moxifloxacina durante 7 dias, prescrito no exterior. Referia cefaleia frontal persistente com dor retro-ocular esquerda durante este período. Quatro dias antes surgiram edema da base do nariz e tumefacção frontal com sinais inflamatórios e flutuação, tendo posteriormente associado febre. A TAC dos seios peri-nasais mostrou espessamento dos tecidos moles a nível frontal anterior de provável natureza infecciosa. Foi realizada drenagem seguida de novo aparecimento da tumefacção, motivo pelo qual fez TAC-CE que mostrou lesão frontal de natureza infecciosa abcedada, com componentes endocraniano extraaxial e extracraniano com destruição óssea associada. A nível endocraniano tinha extensão frontal para-sagital bilateral, condicionando moldagem discreta do parênquima subjacente. Medida 44,7x41mm tendo o componente endocraniano 23,9x41mm. Realizou drenagem cirúrgica com isolamento de *Capnocytophaga* spp. no conteúdo purulento, tendo cumprido terapêutica antibiótica com amoxicilina-ácido clavulânico durante 6 semanas, com boa evolução. A história clínica detalhada objectivou mordedura de cão não tratada, alguns dias antes do início do quadro clínico, apresentando ainda cicatriz na região dorsal. Na última observação permanecia assintomático tendo a TAC-CE de controlo mostrado resolução da infecção. Foi excluída imunodeficiência. Os autores apresentam este caso por se tratar de uma infecção pouco frequente, com manifestação clínica rara, tratando-se provavelmente de focalização de infecção após mordedura do cão. A *Capnocytophaga canimorsus* é um dos agentes principais de infecção após mordedura. A identificação microbiológica deste gémen coloca algumas dificuldades, sendo importante para tal o conhecimento de informação clínica orientadora.

Palavras-chave: Tumefacção-frontal; mordedura cão; *Capnocytophaga*

PD161- Pancitopenia secundária a infecção por Herpes Humano tipo 6

Daniel Gonçalves, Rita Fernandes, João Luis Barreira, Artur Bonito Vitor
Hospital de São João

A forma de apresentação clínica mais frequente da infecção pelo vírus Herpes Humano tipo 6 (VHH-6) é a clássica roseola infantum, mas na maioria das vezes esta infecção não tem tradução clínica. Mais recentemente, o VHH-6 tem sido descrito como um vírus com potencial atingimento da medula óssea e do sistema nervoso central. Os autores descrevem o caso de um lactente com 10 meses de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, que recorreu ao serviço de urgência por febre elevada e irritabilidade, sem outras queixas, com cerca de 7 dias de evolução, já medicado com antibioterapia desde o 2º dia de doença por eventual infecção respiratória alta. À admissão apresentava-se prostrado e febril, sem focalização clínica evidente ao exame objectivo. Efectuou rastreio séptico, que revelou pancitopenia (hemoglobina = 9,6 g/dL, plaquetas = $108 \times 10^9/\mu\text{L}$ e leucócitos = $2,76 \times 10^9/\mu\text{L}$, com neutropenia - $600/\mu\text{L}$), proteína c-reactiva negativa (2,2mg/L) e ionograma sem alterações. Foi admitido com o diagnóstico de Pancitopenia para estudo, sob terapêutica de suporte. Apresentou melhoria gradual do estado clínico, com apirexia sustentada desde o 3º dia de internamento (10º dia de doença). Do ponto de vista analítico, realizou esfregaço de sangue periférico (revelou numerosos virócitos, e ausência de blastos) e foram pedidas serologias para os vírus Epstein-Barr, Citomegalovirus, Parvovirus e Herpes simplex, todas negativas, e pesquisa de DNA viral por "polymerase chain reaction" de VHH-6 e VHH-7. Foi documentado no sangue a presença de $4,8 \times 10^4$ /mL cópias de VHH-6, traduzindo uma infecção activa por este vírus. Do ponto de vista das linhagens hematológicas, após um agravamento inicial, apresentou recuperação progressiva. Os autores salientam a importância de exclusão da infecção por VHH-6 nas situações de pancitopenia, apesar de ser um agente etiológico pouco frequente. A confirmação atempada de uma infecção vírica pode evitar a realização de novos exames complementares de diagnóstico em busca de outras causas de supressão medular.

Palavras-chave: pancitopenia HH6

PD162- Neurocisticercose: Um caso de cefaleias na Adolescência

Nádia Pereira¹, Paula Nunes², Cristina Henriques³, Susana Fonte-Santa⁴, Luís Caturra⁴

1- Centro Hospitalar de Setúbal, 2- Hospital São Francisco Xavier, CHLO, 3- Hospital Dona Estefânia, CHLC, 4- Hospital de São Bernardo, CHSetúbal

A Neurocisticercose é a doença parasitária do SNC mais comum a nível mundial, e resulta da infecção por um estadio intermediário da *Taenia solium*. Nas crianças, a convulsão é a manifestação clínica mais comum, podendo apresentar-se também com hipertensão intracraniana, meningites de repetição e défices neurológicos focais. A cefaleia, como sintoma isolado não é comum na idade pediátrica, havendo alguns casos descritos em países endémicos. Os autores descrevem um caso de uma adolescente do sexo feminino, 13 anos de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes e sem história de viagens para outros países. Apresenta quadro de cefaleias insperptinas com um ano de evolução, com duração de algumas horas, carácter inicialmente esporádico e nos últimos meses com frequência diária. Caracterizavam-se por intensidade moderada, holocraneanas, carácter pulsátil, associadas a fotofobia, com distúrbio das actividades diárias, e com alívio após analgesia e repouso. Não é referida aura, fonofobia, náuseas ou vómitos. Apesar de exame neurológico normal, por agravamento das cefaleias com aumento de intensidade e frequência, realiza RMN-CE, na qual se visualiza lesão na substância branca compatível com a forma quística de neurocisticercose. Realizou radiografia dos membros e exame oftalmológico sem alterações compatíveis com esta patologia. A pesquisa de anticorpos IgM e IgG para *T. solium* foi negativa. Cumpriu tratamento em regime de internamento com antiparasitários (albendazol 15 mg/Kg/dia 8 dias) e corticóide (prednisolona 1mg/kg/dia 10 dias), sem complicações agudas. Tem programada realização de RMN-CE para confirmação da regressão da lesão. A neurocisticercose é uma patologia rara no nosso país e como tal é necessário um elevado nível de suspeição para o seu diagnóstico. Salienta-se a importância de uma abordagem clínica sistematizada de uma criança com cefaleias de início recente ou agravamento progressivo.

Palavras-chave: cefaleia, neurocisticercose

PD163- Infecções por Enterovírus na Idade Pediátrica

Teresa Campos, Sofia Nunes, Maria João Brito
Hospital Fernando Fonseca

Introdução: Os enterovirus têm uma distribuição universal e são responsáveis por um amplo espectro de manifestações clínicas com curso

habitualmente benigno **Objectivo:** Caracterização epidemiológica e clínica das infecções por enterovirus não polio em crianças internadas **Material e Métodos:** Estudo descritivo e comparativo das infecções por enterovirus diagnosticadas nos períodos de 2000 a 2002 e de 2004 a 2007. O diagnóstico foi realizado por PCR e/ou cultura viral em crianças sintomáticas. Analisaram-se dados demográficos, mês, ano, clínica, evolução **Resultados:** No período de 2000 a 2002 foram identificados 64 casos, 61% no Verão e Inverno. A mediana de idade foi de 5,1 anos. As formas clínicas foram meningite asséptica (81,5%); gastroenterite aguda (9,3%); sépsis (6,1%), encefalite (3,1%). Os echovirus foram identificados em 52 (82%) casos: echovirus 30 (20); echovirus 13 (10); echovirus 6 (10); echovirus 9 (5) e os coxsakiae vírus em 9 (18%) casos. Anualmente verificou-se uma variabilidade dos serótipos sendo os mais frequentes em 2000, echovirus 13 (8/10); em 2001, echovirus 6 (8/9), em 2002 echovirus 30 (12/20). Os casos de meningites em 2000 ocorreram principalmente por echovirus 13 e em 2002 por echovirus 30. Todos os casos de sépsis ocorreram em crianças com menos de três meses a serótipos raros (echovirus 13 e 14). Todos os doentes evoluíram sem complicações. Entre 2004 e 2007 foram identificados 86 casos, 73% no Verão e Inverno. A idade mediana foi de 2 anos. Os diagnósticos foram meningite asséptica (39,5%); gastroenterite aguda (30%); sépsis (14%); artrite (8%); encefalite (3,5%), miopericardite (2,3%). Realizou-se identificação dos serótipos (54%): echovirus em 24 (28%) casos - echovirus 11 (9); echovirus 7 (4); echovirus 30 (3) e os coxsakiae em 23 (22%). Em 2006, houve um predomínio de coxsakiae B (11/16) e em 2007 de echovirus 11 (9/9). Os coxsakiae B foram os responsáveis pela maioria das meningites (10/34) e sépsis (5/12). Uma encefalite e miopericardite ocorreram de forma esporádica por um serótipo raro (echovirus 21). Todos os casos resolveram sem sequelas **Comentários:** Em ambos os períodos as infecções por enterovirus ocorreram na mesma época do ano, correspondendo às flutuações sazonais descritas na literatura. Os serótipos mais frequentes associaram-se a surtos de doença com diferentes manifestações clínicas nos dois períodos do estudo o que traduz também diferentes afinidades e uma variabilidade destes vírus ao longo dos anos.

Palavras-chave: tmtc

PD164- Piomiosite – um desafio diagnóstico

Rute Barreto, Andrea Teixeira, Mafalda Oliveira, Graça Mira, Isabel Fernandes
Hospital Espírito Santo de Évora - E.P.E.

Introdução: A piomiosite é uma infecção bacteriana do músculo esquelético, rara nos países de clima temperado, principalmente na criança e adolescente, pelo que o seu diagnóstico implica um elevado nível de suspeição. A evolução clínica insidiosa, associada à variabilidade da apresentação clínica e à semelhança sintomática com outras patologias, impõe um desafio diagnóstico. **Descrição do Caso:** Apresenta-se o caso de um adolescente de 13 anos, previamente saudável, que recorreu à urgência por dor nas regiões sagrada paramediana e glútea esquerdas de agravamento progressivo durante a semana anterior, acompanhada de febre e impotência funcional. À observação apresentava-se febril, queixoso, com dor intensa à mobilização da anca e coxa esquerdas e tumefacção dolorosa da região glútea homolateral, condicionando posição preferencial em decúbito ventral. Analiticamente registou-se leucocitose com neutrofilia e elevação progressiva da PCR e VS até ao terceiro dia de internamento. A radiografia da bacia e coluna lombossagrada não mostrou alterações. A Tomografia Axial Computorizada (TAC) e a Ressonância Magnética (RM) pélvicas permitiram o diagnóstico de abscesso dos músculos ilíaco, piriforme e pequeno glúteo esquerdos, excluindo alterações osteoarticulares. Na hemocultura isolou-se *Staphylococcus aureus*. Iniciou terapêutica endovenosa com flucloxacilina, metronidazol e cefotaxime, durante três semanas. A RM efectuada no nono dia de internamento revelou envolvimento do ilíaco esquerdo, confirmado pela cintigrafia óssea. Verificou-se uma progressiva melhoria clínica e laboratorial, reiniciando deambulação no vigésimo primeiro dia de internamento. **Discussão:** Apesar de ser uma entidade rara, a piomiosite deve ser equacionada quando surge dor na anca, incapacidade na marcha, com ou sem febre. No nosso caso os exames de imagem (TAC e RM) foram essenciais para um diagnóstico mais precoce do que o referido na maioria dos estudos, o que foi determinante para o sucesso terapêutico, não sendo necessária a intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: piomiosite, abscesso muscular, adolescente

PD165- Apresentação invulgar de infecção comum

Ruben Rocha¹, Celine Oliveira², Sofia Martins², Teresa Pontes², Carla Ferreira³, Henedina Antunes²

1- Hospital de S. Marcos, 2- Serviço de Pediatria, Hospital de S. Marcos
3- Serviço de Oftalmologia, Hospital de S. Marcos

Introdução: A tuberculose ocular é uma manifestação rara e atípica da infecção por *Mycobacterium tuberculosis*. A confirmação de tuberculose é um diagnóstico muitas vezes difícil. **Descrição do Caso:** Adolescente, do sexo masculino, de 15 anos, com antecedentes de asma e síndrome de hiperactividade com défice de atenção medicado com ritalina, uso de óculos desde há 6 meses por hipermetropia. Num rastreio visual escolar foi detectado diminuição da acuidade visual no olho direito (3/10) com correcção. A avaliação oftalmológica do fundo de olho mostrou uma coroidite do olho direito sugestiva de tuberculoma. Sem sintomatologia ou contexto epidemiológico de tuberculose. Os exames complementares de diagnóstico tiveram os seguintes resultados: velocidade de Sedimentação-3mm/h, ANA (anticorpos anti-nucleares) 1/160; ENA (extratable nuclear antigen) negativo, enzima de conversão da angiotensina -33U/L, VDRL negativo, Anti-HIV 1 e 2 negativo, anti-toxocarais negativo, anti-toxoplasmose negativo. A prova de tuberculina, bem como a pesquisa de *mycobacterium tuberculosis* por PCR e exame cultural foi igualmente negativa. A avaliação imagiológica que incluiu RMN cerebral e TAC torácico não encontrou evidência de doença. A Angiografia fluoresceínica do olho direito demonstrou foco de coroidite justafoveolar com ligeira difusão de produto de contraste. O doseamento de interferon gamma pós exposição a antígenos do género *Mycobacterium* (teste Quantiferon® - TB Gold) foi de 14,53 IU/mL (N<0,35IU/mL). O doente iniciou tratamento com tuberculostáticos com melhoria da acuidade visual, para 8/10 com correcção. **Discussão:** Apresentamos este caso porque para além da forma invulgar de apresentação de uma situação comum usamos uma estratégia diagnóstica pouco conhecida na prática pediátrica.

Palavras-chave: Tuberculose ocular, interferon gamma

PD166- Hidropsia vesicular prolongada na Doença de Kawasaki

Sara Nóbrega, Filipa Santos, Catarina Gouveia
Hospital de Dona Estefânia

Introdução: Na Doença de Kawasaki (DK), uma das vasculites mais comuns da infância, as manifestações gastrointestinais são frequentes e relativamente precoces. A distensão aguda acalculosa da vesícula biliar (hidrops vesicular) surge em 3-12,5% dos casos e ocorre geralmente em crianças mais velhas. Tem duração média de 15 dias (podendo ir até 60), mas é geralmente autolimitada, sendo a cirurgia raramente necessária. **Caso Clínico:** Criança 5 anos, sexo masculino, internada para esclarecimento de dor abdominal intensa, localizada ao hipocôndrio direito, com defesa mas sem murphy vesicular. Apresentava concomitantemente febre, enantema, exantema, adenopatias cervicais, edema das mãos e pés e hiperémia conjuntival bilateral não exsudativa. Não havia qualquer envolvimento cardíaco. Foi medicado com imunoglobulina endovenosa e AAS em dose anti-inflamatória. A serologia para *Mycoplasma pneumoniae* foi compatível com infecção aguda, pelo que iniciou terapêutica com claritromicina. Nas ecografias abdominais seriadas a vesícula biliar encontrou-se distendida (9,3cm), de paredes finas e alitáscica, tendo iniciado antibioterapia profilática com ampicilina, gentamicina e metronidazol (10 dias). Verificou-se apirexia 24 h depois do início da imunoglobulina e desaparecimento da dor abdominal em 72h. Aos 3 meses de seguimento, apesar de assintomático e sob ácido ursodesoxicólico, mantinha distensão importante da vesícula biliar (7cm). **Discussão:** Tal como descrito na literatura, observou-se melhoria gradual sob terapêutica sintomática. No entanto, a evolução foi demasiado prolongada, sendo importante excluir outro tipo de comorbilidade, nomeadamente, lama biliar, obstrução parcial do ducto cístico ou atraso no esvaziamento. A infecção por *Mycoplasma pneumoniae*, descrita como associada a hidrops vesicular no contexto de DK, poderá ainda ter contribuído para esta evolução.

Palavras-chave: Doença Kawasaki hidropsia vesicular

PD167- Tuberculose Doença: Casuística de um Serviço de Pediatria

Dora Gomes¹, Laura Andrade², Isabel Andrade¹, Graça Carvalho¹

1- Hospital São Teotónio, E.P.E. - Viseu, 2- Centro de Diagnóstico Pneumológico, Sub-Região de Saúde de Viseu

Introdução: A Tuberculose continua a ser um importante problema de saúde pública apesar da sua taxa de incidência em Portugal vir a decrescer. A tuberculose infantil é um excelente indicador sentinela para aferir o nível de tuber-

culose na comunidade. **Objectivos:** Analisar os casos de tuberculose doença internados no Hospital São Teotónio de Viseu nos últimos 11 anos e meio. **Material e Métodos:** Estudo longitudinal retrospectivo descritivo com base nos processos clínicos de crianças internadas por tuberculose doença entre 1 de Janeiro de 1997 a 31 de Julho de 2008. Variáveis analisadas: sexo, idade, distribuição anual, sintomatologia de apresentação, vacinação com BCG, reactividade à prova tuberculínica, fonte de contágio, isolamento de BK, exames de diagnóstico, terapêutica instituída, resistências bacilares e evolução clínica. **Resultados:** No período do estudo foram registados 13 casos de tuberculose doença, sendo 62% na forma pulmonar. Das formas extra-pulmonares, houve 3 casos de tuberculose ganglionar e 2 crianças com eritema nodoso. Foram diagnosticados cerca de 1,2 casos em média por ano. A idade do diagnóstico variou entre 1 mês e os 14 anos, com uma mediana de 9 anos. Houve um ligeiro predomínio do sexo feminino (54%). Apenas duas crianças não tinham sido previamente vacinadas com BCG. Nenhuma criança apresentava co-infecção VIH. Existia história de contacto prévio com tuberculose em 38% dos casos. A fonte do contágio foi identificada em 6 crianças (46%), na maioria intrafamiliar nuclear. A prova tuberculínica foi positiva em 10 crianças. Foi possível fazer o isolamento do BK em 4 crianças (31%). Todos os doentes iniciaram tratamento com antibacilares, não sendo documentadas resistências. A duração de terapêutica variou entre 6 e os 12 meses. A evolução foi favorável na maioria dos casos; 2 apresentaram sequelas, um encontra-se ainda em tratamento. **Conclusões:** Verificou-se uma diminuição do número de diagnósticos de tuberculose ao longo dos anos apesar do aparecimento de novos casos no presente ano. É necessário um alto índice de suspeição para o diagnóstico de tuberculose na infância e embora deva ser tentado o isolamento do M. tuberculosis não é imprescindível para a confirmação da doença.

Palavras-chave: casuística, tuberculose

PD168- Staphylococcus aureus resistentes à metilina, adquiridos na comunidade, num Hospital Pediátrico: 1998-2008

Ana Isabel Cordeiro¹, Beatriz Vale¹, Ana Florinda², Fernanda Rodrigues¹

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: O *S. aureus* é responsável por um grande número de infeções em idade pediátrica, hospitalares ou da comunidade. Está bem documentado em vários países, nomeadamente nos EUA, o aumento progressivo de estirpes de *S. aureus* metilino-resistentes (SaMR), particularmente nosocomiais mas também do ambulatório, colocando problemas no tratamento. **Objectivos:** Análise da evolução das infeções por SaMR adquiridas na comunidade, num hospital pediátrico. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo incluindo todas as crianças com cultura positiva para SaMR adquiridos na comunidade, observados no nosso hospital entre 1998-2008 (10,5A), com análise de dados clínicos e laboratoriais. Foram consideradas adquiridas na comunidade todas as infeções em que a colheita para cultura foi obtida nas primeiras 72 horas após admissão hospitalar. **Resultados:** Durante este período diagnosticaram-se 17 casos de infeção por SaMR da comunidade, 53% em crianças do sexo masculino, sendo a mediana de idades 1,5 anos (18dias-26anos). A mediana de casos por ano foi de 1 (0- 4), mantendo-se sem grandes variações ao longo do período de estudo. Os diagnósticos foram: infeção da pele e/ou dos tecidos moles (11), sépsis (2), infeção do tracto urinário (2), agudização de doença respiratória crónica (1) e osteomielite (1). Na maioria dos casos (47%) o gérmem foi isolado em exsudato da pele ou tecidos moles. Apresentavam factores de risco 41% (7) das crianças: ferida cutânea (3), cateter venoso central (3), hospitalização/cirurgia recentes (2), uso prévio de antibiótico (1) e imunodeficiência primária (1). Foram todos medicados com antibiótico (flucloxacilina em 7). Seis crianças necessitaram de drenagem cirúrgica associada. O antibiograma revelou resistência aos macrólidos em 56% dos casos, aos aminoglicosídeos em 50% e ao cotrimoxazol em 12,5%. Todos eram susceptíveis à vancomicina. Verificou-se uma boa evolução em todos os casos. **Conclusões:** Na nossa instituição continuamos a não verificar um aumento da incidência de infeções por SaMR nos últimos anos, ao contrário do que é descrito noutros países. Todos os casos tiveram uma boa evolução, apesar de em 7 casos o antibiótico de escolha ter sido a flucloxacilina mas associada a drenagem cirúrgica em 3 crianças. É fundamental manter esta vigilância epidemiológica, efectuando colheitas de material biológico para cultura sempre que possível e analisando as susceptibilidades, aspectos fundamentais para orientar as escolhas terapêuticas.

Palavras-chave: *S. aureus*, metilino-resistente, comunidade

PD169- Pleocitose estéril do LCR em pequeno lactente com infecção urinária

Patricia Vaz Silva, Manuela Costa Alves, Patricia Mação, Fernanda Rodrigues Hospital Pediátrico de Coimbra

A avaliação de febre sem foco no pequeno lactente inclui habitualmente investigação de infeção urinária (IU) e meningite. Embora a coexistência de meningite bacteriana com IU seja rara, estudos demonstraram pleocitose estéril do LCR em algumas destas crianças. Os autores apresentam um caso de meningite estéril em pequeno lactente com IU. Lactente de 3 meses, sexo feminino, previamente saudável, que iniciou gemido e recusa alimentar, com temperatura subfebril. Recorreu ao Serviço de Urgência do nosso hospital nas primeiras horas do quadro, apresentado gemido e tremor com restante exame sem alterações. A investigação laboratorial revelou Hb=9,8g/dl leucócitos=6,71U/L (neutrófilos=28,5%) e proteína C reactiva=2,4mg/dL. A fita teste urinária realizada não apresentou alterações. Efectuou-se então punção lombar (PL) que mostrou liquor límpido, glicose=3,2mmol/L, proteínas=25,6mg/dl e 23 células/mm³ com predomínio de mononucleares, sem bactérias no exame directo e com pesquisa de antígenos bacterianos e pesquisa de vírus por polimerase chain reaction negativas. A análise sumária de urina, obtida por punção vesical, mostrou leucócitos incontáveis, nitratos positivos e bacteriúria. Iniciou tratamento com cefotaxime. Repetiu PL 24 horas depois, apresentando agora glicose=2,9mmol/L, proteínas=25,6mg/dl e 2 células mononucleares/mm³. A hemocultura e cultura do LCR foram negativas e a urocultura foi positiva, identificando *E. coli*, susceptível ao cefuroxime. A terapêutica foi modificada para cefuroxime. Teve boa evolução clínica e a ecografia renal e cistografia realizadas foram normais. A pleocitose estéril do LCR no pequeno lactente, concomitante com IU, está descrita em cerca de 13% dos casos desta infeção, sendo o mecanismo patogénico ainda não totalmente esclarecido. A infeção por *E. coli* é a mais frequentemente envolvida nesta situação. O conhecimento deste facto pode evitar cursos desnecessários de antibioterapia para meningite bacteriana.

Palavras-chave: Pleocitose estéril, Infeção urinária

PD170- Tuberculose Miliar – a propósito de um caso clínico

Sandrina Martins, Miguel Salgado, Hugo Rodrigues, Virgínia Sampaio, Isabel Martinho
CHAM, EPE - Viana do Castelo

Introdução: A dificuldade para o diagnóstico de tuberculose na criança é de ocorrência universal. A clínica e alterações analíticas são frequentemente inespecíficas ou ausentes, a radiologia polimorfa e o isolamento do agente é infrequente. **Caso Clínico:** Menina de 7 anos com trissomia 21. Observada a 17/8/07 por anorexia e tosse. Apresentava murmúrio vesicular (MV) rude e na radiografia pulmonar uma condensação no terço superior do hemitórax esquerdo. Foi medicada com amoxicilina (80 mg/kg/dia), 8 dias. Dia 6/09 mantinha queixas e relatava emagrecimento de 6 kg num mês. Negava contactos com tuberculose ou engasgamento. Exame objectivo: fenótipo de síndrome de Down, palidez, MV diminuído no terço superior do hemitórax esquerdo, sem outras alterações. Análises: anemia normocítica normocrómica, sem leucocitose, VSG - 112 mm, PCR - 4,67 mg/dl; radiografia torácica sobreponível à anterior. Foi internada com ceftriaxona IV. Fez prova de Mantoux e foram colhidos aspirados gástricos para pesquisa de Bk. Às 72 horas, prova tuberculínica com induração de 8,5 mm. TAC torácico (D6) revelou: “adenopatias mediastínicas e hilares, consolidação alveolar no lobo superior esquerdo (LSE), nódulos difusos em ambos os pulmões, baço aumentado e com múltiplos nódulos, adenopatias junto ao tronco celiaco e hilo hepático”. Broncoscopia (D7): “divisão do LSE com estenose marcada, mucosa edemaciada, irregular e friável, sereções mucopurulentas nos segmentos”. Foi efectuada biopsia e colheita de LB e LBA (citologia, bK e bacteriológico)- resultados: inflamação aguda granulomatosa, necrosante; BARR e pesquisa de DNA de *M. tuberculosis complexis* positivos. Foi colocada em isolamento e iniciou terapêutica com isoniazida (H), rifampicina (R) e pirazinamida (Z). Numa das culturas foi isolado bacilo de Koch resistente a isoniazida e estreptomomicina. Foi alterado tratamento para R, Z e etambutol (E). Repetiu pesquisa de bk no aspirado gástrico em D15 - resultados: negativos. Teve alta tendo completado 12 meses de tratamento em ambulatório com resolução da doença. Na avaliação dos contactos foi diagnosticada tuberculose doença no tio materno que iniciou tratamento. **Discussão:** A tuberculose miliar é uma forma rara mas potencialmente grave de tuberculose. A fármaco-resistência é uma realidade a que os profissionais de saúde devem estar atentos de forma a implementar, o mais precocemente possível, o tratamento adequado.

Palavras-chave: Tuberculose miliar, fármaco-resistência

PD171- Celulite Orbitária e Periorbitária - revisão de 16 anos de crianças hospitalizadas

Vinhas da Silva, Ana Luísa Leite, Eduarda Ferreira, Cláudia Pedrosa
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Introdução: A celulite da região orbitária é uma patologia relativamente frequente em Pediatria, sendo o diagnóstico e tratamento precoces fundamentais para evitar complicações potencialmente graves. **Objectivo:** Caracterização da epidemiologia, diagnóstico, tratamento e complicações dos casos de celulite da região orbitária internados num Serviço de Pediatria. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos registos clínicos das crianças e adolescentes (<16 anos) internados num Serviço de Pediatria com o diagnóstico de celulite periorbitária ou orbitária, no período de Janeiro de 1992 a Dezembro de 2007. **Resultados:** Internadas 114 crianças com o diagnóstico de celulite da região orbitária, 105 celulites periorbitárias (92%) e 9 celulites orbitárias (8%). Em 2007, identificou-se uma duplicação do número de casos em relação aos anos anteriores. Verificou-se um predomínio no sexo feminino (58%) e em idades menores que 5 anos (65%). A distribuição sazonal demonstrou um predomínio no Inverno. A sinusite foi o factor predisponente mais frequentemente identificado quer na celulite periorbitária (30%) quer na celulite orbitária (100%). A tomografia computadorizada, efectuada em 52% dos casos, foi o exame de eleição para a distinção destas duas formas clínicas. A maioria dos doentes foi submetida a terapêutica conservadora, sendo a monoterapia com a cefuroxime (40%) a mais frequentemente prescrita na celulite periorbitária e a ceftriaxona (44%) na celulite orbitária. As complicações foram raras, registando-se apenas um caso de celulite orbitária complicada de meningite e trombose do seio cavernoso. Foram tratados cirurgicamente 3 casos. **Conclusão:** O aumento da incidência de celulite da região orbitária identificado nos últimos anos e, principalmente, no ano de 2007, está, provavelmente relacionado com o aumento de infecções respiratórias em idade pediátrica, tendo sido a sinusite a patologia mais frequentemente associada a esta patologia. A tomografia computadorizada, realizada de acordo com indicações específicas, é fundamental para o diagnóstico e início precoce do tratamento e, conseqüentemente, evitar complicações potencialmente graves. Contrariamente ao que é defendido por alguns autores, a terapêutica conservadora é a primeira opção para a maioria, sendo também a adoptada por este Serviço.

Palavras-chave: Celulite da região orbitária; Crianças

PD172- Infecção por Parvovirus B19: atingimento osteo-articular

Luciana Barbosa, Lara Isidoro, Isabel Pinto Pais, Cecília Martins, Marta Vila Real, Isabel Carvalho, Eduarda Marques, Rosa Arménia Campos
Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A infecção por Parvovirus B19 é comum, sendo que a manifestação clínica mais frequente é o eritema infeccioso (5ª doença). Esta doença afecta geralmente crianças em idade escolar (4-10 anos) e tem habitualmente um curso benigno. As complicações, embora raras, correspondem na sua maioria a anemia, aplasia medular e hidrôpsia fetal. Em < 10% dos casos, em crianças imunocompetentes, e em relação com viremia persistente, pode haver atingimento poliarticular. **Caso Clínico:** Criança de 9 anos, sexo feminino, previamente saudável, iniciou uma semana antes da observação no Serviço de Urgência quadro de febre, odinofagia e exantema, inicialmente localizado à face, com posterior generalização. A vinda ao Serviço de Urgência foi motivada pela persistência do quadro e pelo aparecimento de poliartralgias incapacitantes. Ao exame objectivo apresentava bom estado geral; temperatura axilar de 37,5°C; exantema micromaculillar, reticulado, não rugoso, pruriginoso, generalizado, mais accentuado no tronco e membros, poupando palmas e plantas associado a descamação peri-ungueal dos dedos das mãos e conjuntivas hiperemiadas bilateralmente. Apresentava também incapacidade na marcha por dor à mobilização das ancas, joelhos, tornozelos e punhos, com edema ligeiro associado. No estudo analítico verificou-se Hb 13,3 g/dL; plaquetas 386000/uL; leucócitos 11010/uL, com 73,6% neutrófilos e 12,6% linfócitos; VS 30 mm/h; PCR 8,74 mg/dL. O estudo imunológico (TASO, imunoglobulinas, C3 e C4, FR, título ANA e ANCA) não revelou alterações. O estudo serológico confirmou a infecção aguda por Parvovirus B19. Foi iniciado ibuprofeno (30mg/kg/dia), com resolução rápida das queixas algicas, mantendo ao fim de um mês de seguimento exantema micromaculillar, pruriginoso, evanescente e recrudescente, de difícil controlo sintomático. **Comentários:** Com este caso clínico, os autores pretendem salientar uma das eventuais complicações da infecção por Parvovirus B19. As artalgias associadas a exantema são uma forma rara de apresentação da infecção por este vírus, podendo condicionar um curso mais prolongado da doença, no

entanto a resposta aos anti-inflamatórios é normalmente boa. A persistência do exantema por várias semanas, por vezes pruriginoso, pode acontecer apesar do tratamento sintomático.

Palavras-chave: poliartralgias; Parvovirus B19; exantema; criança

PD173- Tosse convulsa na pré-adolescência – necessidade de um reforço vacinal?

Catarina Dias, Lara Isidoro, Cecília Martins, Ana Luísa Leite, Isabel Carvalho, Rosa Arménia Campos, Eduarda Marques
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A incidência da tosse convulsa diminuiu drasticamente após introdução da vacina contra a Bordetella pertussis, embora nos últimos 15-20 anos se tenha verificado um recrudescimento da infecção, bem como uma mudança na sua epidemiologia. Actualmente o pico de incidência ocorre nos lactentes e há um aumento significativo em crianças mais velhas, adolescentes e adultos; os primeiros por não estarem ainda imunizados e os últimos por diminuição progressiva da imunidade adquirida pela vacinação. **Caso 1:** Pré-adolescente de 11 anos, sexo masculino, previamente saudável, com plano nacional de vacinação (PNV) actualizado, internado para pesquisa de bacilo de Koch (BK) no suco gástrico por tosse com um mês de evolução, em contexto familiar de tosse (mãe, tio e irmã de 15 anos). Medicado previamente com amoxicilina, sem melhoria, tendo iniciado claritromicina 5 dias antes do internamento. À admissão: razoável estado geral; aspecto emagrecido; crepitações e sibilos dispersos na auscultação pulmonar. Analiticamente: leucocitose e linfocitose relativa; infiltrado hilofugal bilateral na radiografia pulmonar; pesquisa de BK negativa; Mantoux 0 mm. Após 24 horas de internamento observou-se acesso de tosse congestiva, emetizante, com estridor, pelo que realizou polymerase chain reaction (PCR) para B pertussis, que foi positiva. Manteve claritromicina, com melhoria clínica progressiva. **Caso 2:** Pré-adolescente de 10 anos, sexo masculino, com asma alérgica e PNV actualizado. Internado por acessos de tosse produtiva, por vezes emetizante e cianose, com 3 semanas de evolução. Medicado com azitromicina 4 dias antes do internamento, após diagnóstico de tosse convulsa em prima de 10 meses. À admissão: bom estado geral; sem dificuldade respiratória; raros sibilos na auscultação pulmonar. Sem alterações analíticas; radiografia pulmonar: infiltrado peri-hilar hilofugal bilateral; PCR para B pertussis positiva. Completou tratamento com azitromicina, com melhoria clínica. **Discussão:** Os autores pretendem salientar a importância da história clínica e de um alto nível de suspeição para considerar o diagnóstico de tosse convulsa em crianças mais velhas e adolescentes com tosse persistente. O diagnóstico é especialmente relevante dada a incidência crescente neste grupo etário e o papel que desempenha como reservatório do agente, possibilitando a propagação da doença. Como acontece noutros países, seria pertinente considerar o reforço da vacinação entre os 10 e os 18 anos.

Palavras-chave: Pertussis, Tosse, Convulsa, Vacinação

PD174- Infecções urinárias febris – necessidade de urocultura de controlo?

Fernanda Rodrigues, Luís Lemos
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A febre associada à infecção urinária (IU) é considerada um marcador clínico de envolvimento parenquimatoso renal. A escolha inicial do antibiótico é empírica, baseada nos dados microbiológicos locais. É prática frequente, embora questionável, o controlo da urina por rotina, após o início da terapêutica antibiótica, para confirmação da eficácia da mesma. **Objectivos:** Observar a evolução da febre sob antibioterapia; avaliar o resultado da urocultura de controlo para concluir da sua utilidade. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de crianças com IU febril diagnosticadas no Serviço de Urgência, em 2005 e 2006, avaliando-se dados clínicos e microbiológicos. **Resultados:** Foram incluídas 101 crianças. No grupo das 73 crianças sem antecedentes de IU, 72% eram do sexo feminino e a idade média era de 2,3 anos. No grupo de 28 crianças com antecedentes de IU, 92% eram do sexo feminino e a idade média era de 5,3 anos. Estavam apiréticos no dia de controlo da urocultura, 95,5% dos casos sem antecedentes de IU e 79% dos que tinham IU prévias. Em apenas 1 dos 8 casos em que se mantinha a febre, a cultura persistia positiva. As uroculturas de controlo foram todas negativas no grupo sem antecedentes de IU e foram positivas em 4 dos 28 casos (14%) com história anterior de IU. Em 3 destes casos, os antibiogramas indicavam resistência das bactérias ao fármaco prescrito. Em apenas 1 das 101 IU febris (0,9%) a urocultura de controlo mostrou

uma infecção persistente, não esperada pela evolução clínica e pelos dados microbiológicos (IC 95%: 0,02%-5,4%). **Conclusões:** A persistência da febre para além das 48-72 horas de antibioterapia, ocorreu em 8,7% dos casos e apenas 1 criança manteve cultura de controlo positiva. As uroculturas de controlo foram positivas em poucos casos e úteis em apenas 1 (<1%). A escolha criteriosa do antibiótico inicial e o indispensável conhecimento precoce dos dados microbiológicos, são fundamentais, particularmente no grupo das crianças com antecedentes de IU. Por razões científicas, económicas, e de funcionalidade do Serviço e de comodidade para os pais e crianças, parecem-nos estar reunidas condições para a suspensão da urocultura de controlo, por rotina.

Palavras-chave: Pielonefrite, urocultura de controlo

PD175- Dificuldades de diagnóstico na Doença de Kawasaki

Daniel Gonçalves, Rita Fernandes, João Barreira
Hospital de São João

A doença de Kawasaki é uma vasculite sistémica idiopática, que afecta principalmente as crianças. Enquanto não há expressão de todas as características clínicas típicas, são colocadas dificuldades no seu diagnóstico, o que pode originar a instituição de várias modalidades terapêuticas empíricas, sem melhoria do estado clínico dos doentes. Os autores relatam o caso de uma criança com 3 anos de idade, do sexo feminino, sem antecedentes patológicos de relevo, que recorreu ao médico assistente por febre elevada com 24h de evolução, sem outras queixas. Foi medicada com amoxicilina + ácido clavulânico por eventual infecção respiratória alta. No 5º dia de doença, por aparecimento de um exantema maculo-papular generalizado, fissuras dos lábios e prostração, recorreu ao serviço de urgência do hospital da área de residência. Analiticamente apresentava proteína c-reativa (PCR) elevada (245mg/L), com restante estudo normal. Foi internada com o diagnóstico de febre escaro-nodular (apesar de não apresentar escara de inoculação), sob terapêutica com claritromicina. No dia seguinte, por agravamento do estado de consciência, foi submetida a punção lombar, que revelou pleocitose (80 células/campo), com glicorráquia e proteinorráquia normais. Iniciou ceftriaxone em dose meningea. No dia seguinte (7º dia de doença), o aparecimento de conjuntivite bilateral não exsudativa e edema das extremidades, motivou a transferência para um hospital terciário, por suspeita de doença de Kawasaki. Foi avaliada por cardiologia (ecocardiograma com função ventricular esquerda no limite inferior da normalidade, sem patologia coronária) e iniciou imunoglobulina endovenosa (2g/kg) e ácido acetilsalicílico (AAS) em dose anti-inflamatória. Apresentou melhoria progressiva do estado geral, com apirexia 24 horas após o início da terapêutica, e normalização dos parâmetros inflamatórios. Todos os resultados culturais foram negativos. Teve alta ao 9º dia de internamento, sob terapêutica com AAS em dose anti-agregante durante 6 semanas. O ecocardiograma de controlo realizado às 6 semanas não revelou alterações. Este caso exemplifica as habituais dificuldades de diagnóstico da doença de Kawasaki, devido ao seu atingimento multi-sistémico. Salienta-se a necessidade de um elevado índice de suspeição clínica desta entidade, em todos os casos de febre com > 4 dias de duração, pois a instituição atempada da terapêutica anti-inflamatória tem um impacto importante na diminuição das sequelas cardiovasculares.

Palavras-chave: Kawasaki Febre Coronárias

PD176- Meningoencefalite a Enterovirus e Citomegalovirus: co-infecção ou latência vírica?

Maria João Freitas Sampaio, Ana Garrido, Joaquim Cunha
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Unidade Hospital Padre Américo, EPE

Introdução: Os Enterovirus são o principal agente etiológico de meningite na criança; menos frequentemente, são causa de encefalite. A infecção do sistema nervoso central (SNC) por Citomegalovirus (CMV) é rara nos imunocompetentes. Este possui a capacidade de permanecer num estado latente após a primoinfecção. **Caso Clínico:** Rapaz, 6 anos, saudável. Quadro de febre, cefaleias e cervicalgia com 12 horas de evolução. Convulsão tonicoclónica generalizada, com duração de 20 minutos, em contexto febril. Ao exame objectivo: sonolento mas despertável, sem défices motores. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia e proteína C reactiva (PCR) negativa. Tomografia computadorizada cerebral normal. Iniciou antibioticoterapia (ceftriaxone) após duas tentativas de punção lombar, sem sucesso. No primeiro dia de internamento manteve cefaleias e febre. 24 horas após a admissão apresentava-se desorientado, discurso lentificado, repetitivo, alucinações visuais e ataxia. Líquor: pleocitose (60 células/□L, 80% mononucleares), gli-

cose e proteínas normais. Analiticamente: leucograma normal, PCR negativa; pesquisa de drogas de abuso na urina negativa. Iniciou aciclovir por suspeita de meningoencefalite de etiologia vírica. Persistência de alterações neurológicas (discurso lentificado, repetitivo e ataxia) até ao terceiro dia de internamento, com resolução completa do quadro desde então. Líquor: bacteriológico negativo; pesquisa de DNA de CMV e RNA de Enterovirus por Polimerase Chain Reaction positiva; vírus Epstein-Barr, Herpes simplex 1 e 2 e Mycoplasma pneumoniae negativos. Anticorpos anti-CMV: IgG positiva, IgM negativa; anticorpos anti-HIV 1 e 2 negativos. Perante estes resultados foi suspenso aciclovir (sétimo dia de internamento). Estudo imunológico, electroencefalograma e ressonância magnética cerebral sem alterações. Alta ao oitavo dia de internamento, sem queixas e exame objectivo normal. Serologias para CMV um mês após o episódio sobreponíveis às iniciais. **Discussão:** O caso destaca-se por se tratar de uma apresentação menos comum da infecção a Enterovirus, com encefalite, e pelas dúvidas diagnósticas que colocou a pesquisa positiva de CMV no líquido. A infecção do SNC por este vírus ocorre, quase exclusivamente, em imunodeprimidos. Por outro lado, não foi confirmada infecção recente pelas serologias. Trata-se, provavelmente, de um fenómeno de latência vírica, que ocorre por persistência do vírus nas células da linhagem mielóide após a infecção primária.

Palavras-chave: meningoencefalite, enterovirus, citomegalovirus, latência

PD177- Infecção por Mycoplasma pneumoniae: incidência por grupos etários e apresentação clínica

Joana Dias¹, Henedina Antunes²

1- Hospital São Marcos, Braga, 2- Serviço de Pediatria, Hospital São Marcos, Braga, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: A infecção por Mycoplasma pneumoniae é uma das infecções mais frequentes em idade pediátrica apresentando-se sob formas clínicas variadas, das quais a pneumonia é a mais frequente. Embora em geral se assumam que afecte predominantemente crianças em idade escolar e adolescentes, há evidência de que esta possa ocorrer em idades mais jovens. **Objectivo:** Determinar a prevalência de anticorpos anti- Mycoplasma pneumoniae IgM, a sua relação com a idade e forma de apresentação clínica em crianças que recorreram ao SU do Hospital São Marcos. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo através da consulta do processo clínico da população em idade pediátrica com pesquisa de anti-corpo anti-Mycoplasma (IgM) positiva, através do método imunoenzimático ELISA entre Janeiro de 2005 e Julho de 2008 no Hospital de São Marcos, Braga. **Resultados:** Foram incluídas 60 crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 14 anos, 31 do sexo feminino. A maioria dos casos ocorreu entre os meses de Janeiro e Maio (67%). Das crianças com anticorpo anti-mycoplasma IgM positivo, 43% tinham idade igual ou inferior a 5 anos. A febre foi a manifestação clínica mais comum (92%), seguida da tosse (85%), recusa alimentar (22%) e vómitos (20%) sendo a duração média dos sintomas de 8 dias. O diagnóstico foi pneumonia em 83% dos casos. Outros diagnósticos atribuídos foram: eritema multiforme, pancreatite aguda, uretrite, hepatite com colestase, ataxia, artrite e febre prolongada. A maioria dos doentes (53%) teve alta para o domicílio, 47% necessitaram de internamento cuja duração média foi de 3,2 dias. Não foram encontradas associações entre a idade e forma de apresentação (p=0,88) ou duração dos sintomas (p=0,58). Relativamente ao destino do doente (ambulatório vs internamento), foi encontrada uma correlação positiva entre o valor de Proteína C Reactiva e de Leucócitos e o internamento (p=0,04), enquanto a idade não influenciou o destino do doente (p=0,47). **Conclusão:** Embora classicamente descrito como um agente raramente causador de doença antes da idade escolar, nesta série quase metade dos casos ocorreram antes dos 5 anos de idade. De facto, a sua forma de apresentação clínica é insidiosa e variada, devendo a hipótese de infecção por Mycoplasma pneumoniae ser colocada em idades mais precoces e perante diagnósticos usualmente menos associados mas, já descritos para este agente.

Palavras-chave: Mycoplasma Pneumoniae, Idade, Apresentação

PD178- Streptococcus pneumoniae: isolamentos no Serviço de Pediatria de um Hospital Distrital, estudo retrospectivo

Angela Dias, Teresa São Simão, Cristiana Couto, Ana Luísa Lobo, Cristina Ferreira, Paula Mota
Centro Hospitalar do Alto Ave

O Streptococcus pneumoniae é um agente patogénico frequente na idade pediátrica, sendo causa comum de doença invasiva grave. Com o objectivo de avaliar a relevância clínica desta infecção, analisou-se a prevalência de pneu-

mococos isolados em amostras biológicas nos doentes pediátricos, correlacionando os achados laboratoriais com a clínica, os antecedentes e o prognóstico. Trata-se de um estudo retrospectivo, com revisão dos processos clínicos dos doentes entre os 29 dias e os 15 anos de idade, com isolamento de *Streptococcus pneumoniae* em amostras biológicas (LCR, hemoculturas, exsudados ocular, auricular, faríngeo e pús), de 1 de Janeiro de 2002 a 31 de Dezembro de 2007. Foram analisados 87 casos, dos quais 68.9% eram do sexo masculino. A idade média foi de 3 anos (58.6% dos casos abaixo dos 2 anos). Tinham antecedentes de OMA de repetição 13.8% dos doentes; apresentavam PNV actualizado 93.1%, dos quais 34.6% tinham vacinação anti-pneumocócica. A amostra foi colhida no dia da admissão em todos os casos, tendo 4.6% sido submetidos a antibioterapia a nível pré-hospitalar. A maioria dos isolamentos verificou-se em hemoculturas (75.9%) e exsudados auriculares (13.8%). Em 2 das 3 amostras de LCR isolou-se o serótipo 1 e 7F. As restantes foram serotipadas no âmbito de um estudo nacional, no qual participa o Serviço de Patologia Clínica do hospital. A duração da sintomatologia prévia ao internamento foi, em média, 3 dias, com febre em 88.5% dos doentes e sintomas respiratórios em 62%. Detectou-se co-infecção em 18.3% dos casos (VSR em 25% e *Chlamydia pneumoniae* em 18.8%). O internamento foi, em média, de 7 dias. Os diagnósticos de saída mais frequentes foram pneumonia pneumocócica (48.3%), bacteriemia a pneumococos (19.5%), OMA (12.6%) e meningite pneumocócica (4.7%). Constatou-se resistência do pneumococo à penicilina e ao ceftriaxone em 3.4% e 2.3% dos isolados, respectivamente. Neste período não houve mortalidade, porém 26.4% dos doentes apresentaram complicações, havendo necessidade de transferência para outra Unidade Hospitalar em 14.9% dos casos (84.6% dos quais por pneumonias complicadas). O presente estudo revê a realidade da infecção pneumocócica nesta população, delineando as apresentações clínicas, terapêutica e complicações mais frequentes e evidenciando a necessidade de proceder à serotipagem deste agente para melhor conhecer a sua epidemiologia nesta região.

Palavras-chave: pneumococo; infecção pneumocócica; serótipos.

PD179- Hemoculturas positivas por *Staphylococcus aureus* num Serviço de Urgência: 1995-2008

Beatriz Vale¹, Ana Isabel Cordeiro¹, António Pedro Campos¹, Teresa Mota Castelo¹, Ana Florinda Alves², Fernanda Rodrigues¹
1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar de Coimbra

Introdução: *S. aureus* é um agente etiológico frequente de infecções tanto em meio hospitalar como no ambulatório. Além de infecções de tecidos moles e osteoarticulares, pode causar outras situações clínicas graves, embora menos frequentes. Nos últimos anos, tem sido referido nos EUA, um aumento da incidência relativa de hemoculturas positivas por este gérmen, no ambulatório. A resistência à metilina (SaMR), inicialmente descrita em infecções nosocomiais, tem vindo a também a ocorrer em infecções da comunidade. **Objetivos:** Análise das hemoculturas positivas por *S. aureus* da comunidade, num Hospital Pediátrico. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo incluindo todas as crianças com hemocultura positiva por *S. aureus*, observadas entre Janeiro de 1995 e Julho de 2008 (14,5A), com análise de dados clínicos e laboratoriais. As infecções foram consideradas adquiridas na comunidade quando a colheita foi realizada nas primeiras 72 horas de admissão hospitalar. **Resultados:** Durante este período obtivemos 25 hemoculturas positivas por *S. aureus*. A mediana de idades foi de 6 anos (20 dias-11 anos) e 72% eram do sexo masculino. A mediana de casos por ano foi de 2, com um máximo de 4 em 2004 e 2007. A apresentação clínica mais frequente foi a febre (84%) e a dor osteoarticular (56%). Os diagnósticos mais frequentes foram: infecção osteoarticular em 13 (52%), sépsis em 4 (16%) e endocardite em 2 (8%) casos. Simultaneamente isolou-se este gérmen em cultura de líquido articular (4) e exsudato de ferida cutânea (3). Dois *S. aureus* eram resistentes à metilina. Em 17 doentes existiam factores de risco, sendo os mais frequentes: hospitalização recente (<6M), cateter venoso central, traumatismo e contacto com indivíduos com factores de risco. Os antibióticos mais utilizados foram a flucloxacilina (8), a vancomicina (5) e o cefuroxime (4). Três crianças faleceram (endocardite, sépsis e meningite purulenta): 2 deles tinham patologia crónica e 2 tinham SaMR. **Comentários:** O principal diagnóstico foi infecção osteoarticular. Foram isolados 2 SaMR, tendo tido ambos evolução fatal. Ao contrário do que é referido em alguns países, na nossa instituição, no período do estudo, não assistimos a um aumento da incidência de infecções sistémicas por *S. aureus* do ambulatório. No entanto, manter uma vigilância local e nacional é muito importante para monitorizar a evolução destas infecções.

Palavras-chave: *S. aureus*, hemoculturas positivas

PD180- Neutropénia Congénita

Vera Viegas¹, Catarina Gouveia², Conceição Neves³, Orquídea Freitas³
1- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., 2- Hospital de Dona Estefânia - Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE - Unidade de Infecção, 3- Hospital de Dona Estefânia - Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE - Unidade de Hematologia

Introdução: Neutropénia define-se como contagem absoluta de neutrófilos abaixo de dois desvios-padrão da média normal. A maioria das neutropénias infantis é adquirida e frequentemente causada por infecção viral. No entanto, algumas estão associadas a doença subjacente e outras, mais raras, são congénitas e hereditárias, algumas vezes diagnosticadas no decurso de episódio febril. Discute-se o caso de uma criança previamente saudável com neutropénia e as situações questionadas para o seu diagnóstico. **Caso Clínico:** Criança do sexo masculino, 4 anos de idade com antecedentes de internamento por pneumonia e antecedentes familiares de leucopénia. Aparece bem até Março de 2008, quando inicia episódios febris com duração de 10 dias e intervalos com cerca de 2 semanas, por vezes, associados a tosse seca e dor abdominal. Analiticamente apresentava Hb 10,3 g/dl, leucócitos 6480/mm³, neutrófilos 1110/ μ L com diminuição progressiva e mantida do número de neutrófilos. A pesquisa de anticorpos anti-neutrófilos IgM negativo e IgG fracamente positivo, ANA negativo, estudo de imunodeficiências primárias com doseamento de imunoglobulinas, populações linfocitárias e complemento sem alterações. O mielograma revelou paragem maturativa a nível do mielócito, aumento relativo dos eosinófilos e série megacariocítica superior ao normal. A imunofenotipagem, a citogenética do sangue medular e biópsia óssea, foram normais. Realizou hemogramas bissemanal, mantendo valores de neutrófilos abaixo de 300/ μ L, o que afastou a hipótese de neutropénia cíclica. Iniciou terapêutica com neupogen na dose de 5mcg/Kg/dia, que mantém. Realizou ainda biópsia duodenal que mostrou moderada atrofia vilositária, compatível com doença celíaca. A TAC torácica, que mostrou condensação do espaço aéreo apical direito. **Conclusão:** Trata-se de um caso de neutropénia grave mantida que, apesar de não apresentar antecedentes de infecções bacterianas graves de repetição e excluídos os diagnósticos de neutropénia cíclica e auto-imune, parece tratar-se de neutropénia congénita grave, com prognóstico reservado. Aguarda restantes exames, nomeadamente estudo genético.

Palavras-chave: Neutropenia, congénita

PD181- Doença invasiva por *Streptococcus pyogenes* – um caso clínico

Susana Nobre, Daniela Pio, Fernanda Rodrigues, Luís Januário
Hospital Pediátrico de Coimbra

Os estreptococos β -hemolítico do grupo A (EGA β H) causam frequentemente infecções em crianças, sendo a maioria benignas. Contudo, podem ocorrer situações graves e potencialmente fatais. Os autores apresentam o caso de um menino de 3 anos, previamente saudável, observado no Serviço de Urgência por dores nos membros superior e inferior direitos, sem sinais inflamatórios, que surgiram no dia anterior e por febre com 3 dias de evolução. No exame objectivo encontrava-se prostrado, com gemido e com diminuição do murmúrio vesicular à direita. A radiografia torácica não mostrou alterações relevantes. Apresentava leucocitose (17430 U/L), neutrofilia (82%), proteína C reactiva (PCR) de 14,4 mg/dL, TGO de 232 UI/L, TGP de 370 UI/L e CK normal. Durante o período de observação na urgência manteve-se hemodinamicamente estável, mas houve agravamento da dor e surgiram sinais inflamatórios na perna que progrediram rapidamente. As radiografias dos membros eram normais. A ecografia do ombro era normal, mas a da perna sugeria celulite. Iniciou terapêutica endovenosa com flucloxacilina e clindamicina por suspeita de infecção por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). No dia seguinte mantinha-se febril, surgiu edema no ombro, houve agravamento dos sinais inflamatórios da perna e das queixas algicas. A radiografia torácica mostrou hipotransparência à direita. O ecocardiograma revelou derrame pericárdico. A RMN da perna revelou celulite e a do ombro mostrou imagens sugestivas de artrite. Ao quinto dia de doença apresentava leucocitose de 22250 U/L, PCR de 14,9 mg/dL e redução dos valores das transaminases. A hemocultura foi positiva para *Streptococcus pyogenes* pelo que se substituiu a flucloxacilina por penicilina G. Ao sexto dia começou de evidenciar sinais de melhoria clínica, ficou apirético ao sétimo dia e ao décimo apresentava parâmetros analíticos normais. Completou tratamento no domicílio com amoxicilina. Um mês depois encontrava-se clinicamente bem e com exame objectivo normal. Os autores apresentam este caso por se tratar de uma infecção por um gérmen comum, mas com gravidade e envolvimento sistémico (celulite, pneumonia, artrite, derrame pericárdico e hepatite) pouco frequentes. No contexto de

doença invasiva o tratamento empírico deve incluir uma associação de antibióticos que cubra EGA β H e *S. aureus*, pois as manifestações clínicas podem ser muito semelhantes. O conhecimento do gérmem e antibiograma permitirá, depois, ajustar a terapêutica, tal como aconteceu neste caso.

Palavras-chave: Streptococcus pyogenes, doença invasiva

PD182- Fasceíte Necrotizante – Uma complicação rara da varicela

Nicole Silva¹, Augusta Gonçalves¹, Raquel Silva², Correia Pinto², Filipe Almeida², Helena Silva¹

1- Hospital de São Marcos, 2- Hospital de São João

A fasceíte necrotizante (FN) é uma complicação rara da varicela mas, potencialmente fatal se não diagnosticada e tratada atempadamente. Alguns estudos apontam para uma associação entre o uso de ibuprofeno e a FN. O tratamento consiste em antibioterapia sistémica e desbridamento cirúrgico precoce. Os dois agentes mais frequentemente implicados são o *Streptococcus pyogenes* e o *Stafilococcus aureus*. Apresentamos o caso clínico de uma criança do feminino, de 5 anos de idade, sem vacinas extra-calendário, previamente saudável, com varicela (segundo caso index), tendo recorrido ao uso de ibuprofeno alternado com o paracetamol para controlo da febre. Internada por reinício de febre elevada associada a dor e sinais inflamatórios da face anterior do hemitórax direito. Ao exame objectivo apresentava lesões sugestivas de varicela e uma assimetria da parede torácica em relação com uma tumefacção dura da face antero-lateral do hemitórax direito com cerca de 6 cm de maior diâmetro com sinais inflamatórios associados. Laboratorialmente com aumento dos parâmetros infecciosos. No segundo dia de internamento, apesar da antibioterapia instituída notou-se um agravamento clínico com extensão dos sinais inflamatórios até à crista ilíaca direita com dificuldade na mobilização do membro superior ipsilateral. Foi colocada a hipótese diagnóstica de FN, tendo sido solicitada TAC toraco-abdominal que corroborou os achados clínicos. Foi transferida para centro com cirurgia pediátrica tendo sido submetida a desbridamento cirúrgico e fasciotomia que decorreram sem intercorrências. Foi isolado do exsudado colhido durante a cirurgia *Streptococcus pyogenes* sensível à antibioterapia insituída. A varicela é caracteristicamente uma doença benigna da infância, no entanto, nos últimos anos tem-se verificado um aumento do número de complicações infecciosas secundário ao *Streptococcus pyogenes* em doentes imunocompetentes. O diagnóstico de FN deve ser colocado em crianças com história de varicela, com reinício ou febre persistente e dor focal, associado a sinais inflamatórios, mesmo que frustrados.

Palavras-chave: Fasceíte Necrotizante, varicela, desbridamento cirúrgico

Área Científica - Medicina Adolescente

PD183- Quando um adolescente emagrece sem querer...

Sofia Fernandes Paupério, Andreia Leitão, Sara Figueiredo, Dinis Guimarães, Angela Melo e Sousa, Álvaro Sousa
Centro Hospitalar do Médio Ave

O emagrecimento constitui um problema sério, fundamentalmente se for involuntário, e pode resultar de uma diminuição do aporte energético, de um incremento do gasto ou de uma perda acrescida de energia pelo organismo. A perda de peso, com ou sem anorexia, é um importante sinal de patologia orgânica e/ou psiquiátrica, pelo que, requer investigação médica. É significativa uma perda superior a 4,5 Kg ou 5% do peso habitual do indivíduo, num período de 6 a 12 meses. Por vezes, torna-se complicado desvendar qual o problema inerente a um emagrecimento marcado, quando não existe clínica associada que o faça prever, pelo que, os autores propõem a apresentação de um caso clínico que se tornou um exaustivo desafio. Adolescente do sexo masculino, 12 anos de idade, raça caucasiana, emigrado na Alemanha, previamente saudável. Em Setembro de 2007, foi admitido no Hospital Pediátrico do país residente por: vómitos, dor epigástrica em queimadura, pós-prandial e emagrecimento de 7 Kg (14% do peso corporal), em 15 dias; história de dejeções líquidas com sangue e muco, com início 2 semanas antes. Efectuou estudo exaustivo, com alta após 1 mês de internamento, e diagnóstico de Gastrite a *Helicobacter Pylori*, medicado com omeprazol, mas sem aumento de peso. Em Fevereiro de 2008, regressa a Portugal e recorre ao Serviço de Urgência, por febre e tosse produtiva com 2 dias de evolução, epigastrias e perda de 35% do peso corporal em 5 meses. Foi internado por pneumonia da base esquerda com derrame pleural de pequeno volume. Efectuou-se estudo analítico, marcadores tumorais, TC pulmonar, RMN cerebral, EDA, EDB, avaliação por Pedopsiquiatria, sem qualquer diagnóstico; perante o achado de insuficiência severa da elastase fecal, efectuou Prova do

Suor (81 mmol/L) e pesquisa da mutação genética que foi negativa. Iniciou tratamento com enzimas pancreáticas e vitaminas lipossolúveis, com ganho de 5 Kg em 1 mês. A Fibrose Cística (FC) é a doença autossómica recessiva fatal mais comum nos caucasianos (1:2000). Caracteriza-se pelo envolvimento infeccioso pulmonar, insuficiência pancreática e excreção aumentada de cloretos no suor. No entanto, pode ter uma clínica muito ligeira ou atípica, pelo que, deverá ser uma hipótese a considerar, mesmo quando poucos sintomas e sinais a sugerem. Trata-se de uma FC, com uma apresentação pouco habitual: praticamente sem envolvimento pulmonar, com fácil resolução da Pneumonia, em que o único sinal foi o emagrecimento sem anorexia.

Palavras-chave: adolescente, emagrecimento, fibrose cística

PD184- Na sombra da hematúria de exercício...

Galhardo J.¹, Oliveira M.², Covas P.³, Pontes T.⁴, Antunes H.⁵

1- Hospital de São Marcos - Braga, 2- Serviço de Urologia - Hospital de São Marcos - Braga, 3- Serviço de Imagiologia - Hospital de São Marcos - Braga, 4- Unidade de Adolescentes - Serviço de Pediatria - Hospital de São Marcos - Braga, 5- Unidade de Adolescentes - Serviço de Pediatria - Hospital de São Marcos - Braga, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: O megaureter primário constitui uma etiologia frequente de uropatia obstrutiva na criança, sendo um achado menos habitual no adolescente e adulto jovem. É mais frequente no sexo masculino e à esquerda. Na sua base, encontra-se uma anomalia estrutural da parede do segmento justavesical, com diminuição da peristalse, à semelhança do que sucede na doença de Hirschsprung. A dilatação resultante é variável, tendo tendência a permanecer estável, na ausência de complicações. **Caso Clínico:** Rapaz de 15 anos, caucasiano, sem antecedentes familiares relevantes, com psoríase vulgar medicada topicamente, internado por hematúria macroscópica isolada. Prática habitual de futebol, com exercício vigoroso na véspera da admissão. Ecografias pré-natais descritas como normais. Continência urinária desde os 3 anos. Sem antecedentes de infecção urinária e sem história recente de febre, odinofagia, artralgias, exantema, dor abdominal, disúria, polaquiúria, edemas ou ganho ponderal. Negada ingestão de fármacos e de substâncias de abuso. Exame objectivo irrelevante. Analiticamente salientava-se: provas de função renal normais, eritrocitúria normomórfica na ausência de cristalúria ou hipercalcúria, citologia urinária sem células neoplásicas, urocultura negativa, coagulação normal e estudo imunológico negativo. A nível imagiológico, apresentava dilatação da porção terminal do ureter esquerdo (10mm) compatível com megaureter segmentar, associada a ligeira ectasia do bacinete ipsilateral; sem imagens de cálculos, ureterocelo ou hidronefrose. O renograma demonstrou eliminação renal bilateral adequada, com confirmação de atraso do fluxo à esquerda. Evolução clínica favorável, com tensão arterial normal e resolução espontânea da hematúria. Aguarda intervenção cirúrgica. **Discussão:** No megaureter segmentar primário, a clínica surge habitualmente de forma aguda, por bloqueio súbito do fluxo urinário secundário à presença de um coágulo (como é o caso), cálculo ou edema. De acordo com a gravidade, a terapêutica poderá ser expectante ou cirúrgica. Todavia, ao contrário do que sucede na criança, no adolescente e adulto jovem é frequentemente necessária a remoção do segmento afectado seguida de reimplantação do ureter.

Palavras-chave: megaureter segmentar primário, hematúria



PD185- Alimentação e outros hábitos em jovens de CoimbraJuliana Roda¹, Ana Souto², Emília Nina², M.^ª Teresa Tomé²

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Centro de Atendimento a Jovens, Centro de Saúde de Celas

A prevalência da obesidade está a aumentar. Este dado levou à criação da Plataforma Contra a Obesidade que visa o conhecimento epidemiológico, os comportamentos alimentares e outros da população portuguesa. Existem poucos indicadores da população jovem. Este estudo pretende contribuir para a caracterização antropométrica e dos hábitos de vida de uma população jovem utilizadora do Centro de Atendimento a Jovens de Celas - Coimbra (CAJ). No CAJ, que atende jovens dos 12 aos 24 anos, realizou-se uma avaliação antropométrica em jovens que recorreram à consulta. A distribuição e recolha de inquéritos sobre hábitos de vida (alimentares, desporto, sono) foi efectuada no período de Maio a Julho de 2008. Foram avaliados inquéritos de 101 jovens, sendo 95% do sexo feminino. A idade variou entre os 16 e os 24 anos, com uma média de 20 anos. Pertenciam ao distrito de Coimbra 67% dos jovens, sendo que 76% residiam em meio urbano. Apresentavam um valor de Índice de Massa Corporal (IMC) entre 20 e 25, 63% das raparigas e 80% dos rapazes, sendo a média 22 e 23, respectivamente. A média de perímetro abdominal no sexo feminino foi de 74 cm. São consumidas 4 refeições por dia em 38% dos jovens, correspondendo ao pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Entre as refeições, 36% dos jovens, consome alimentos, nomeadamente bolachas e chocolates. A maioria consome preferencialmente carne e adopta os cozidos ou grelhados como modo de confecção. A ingestão de legumes e fruta é relativamente baixa. Os jovens em estudo recorrem raramente a máquinas de produtos alimentares e por vezes a "fast-food". A maioria dos jovens refere conhecer a roda dos alimentos e ter cuidado com a alimentação, principalmente por motivos estéticos e de saúde. Seis jovens apresentavam hipercolesterolemia. Todos os jovens consideravam ser importante a prática de exercício físico e 72% praticavam-no, sendo a caminhada o exercício mais frequente. A maioria dos jovens (60%) dorme 8 horas por dia. Foram orientadas para aconselhamento nutricional 57 jovens. A maioria dos jovens estudados apresenta peso normal, pratica exercício físico e tem hábitos alimentares razoavelmente saudáveis. No entanto, esta população corresponde a jovens utilizadores de serviços de saúde, possivelmente mais informados e responsáveis e não pode ser considerada representativa da população em geral. Daí a importância de serviços como o CAJ na integração e orientação de comportamentos saudáveis.

Palavras-chave: alimentação, desporto, jovens, CAJ**PD186- Atletas adolescentes: a saúde deve estar primeiro**Sandra Costa¹, Henedina Antunes²

1- Unidade de Adolescentes, Serviço de Pediatria do Hospital São Marcos, Braga, 2- Unidade de Adolescentes, Serviço de Pediatria do Hospital São Marcos, Braga/Escola de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: O exercício físico é saudável e a sua diminuição é um risco acrescido de excesso de peso (EP) e Obesidade (O). **Objectivo:** Saber o número de horas de prática desportiva e hábitos alimentares/medicamentosos e somatometria em atletas federados. **Material e Métodos:** Distribuído um questionário aos Juvenis do "ABC-Braga"-Andebol e "Castêlo da Maia Ginásio Clube"-Voleibol, onde constavam perguntas relativas aos hábitos diários, alimentares e medicamentosos, e medição do peso em Balança Jofre® e a altura em escala de parede. O IMC foi calculado e utilizou-se as tabelas do Centers for Disease Control and Prevention para a classificação em baixo peso, peso normal, EP e O. **Resultados:** Foram observados 45 atletas, 37 do sexo masculino, 26 praticavam andebol. A mediana de idade foi de 16,2 anos (M:17,4;m:14,7anos). A média de peso foi 70,1Kg (M:118,0Kg;m:40,0Kg), de altura 176,6 cm (M:195;m:152cm) e de IMC 22,4 (M:38,3;m:16,6). Dois atletas apresentavam baixo peso, 13 excesso de peso e 1 obesidade. Verificou-se peso excessivo (PE) em 14 (31,1%). Os atletas que praticavam andebol e voleibol apresentavam 34,6%EP/3,9%O, peso excessivo (38,5%), e 21,1%EP, respectivamente. Duas (25%) raparigas e doze (32,4%) rapazes apresentavam PE. A modalidade estava a ser praticada em média há 4,5 anos (M:11;m:1). Treinavam em média 4,9 vezes por semana e 2,2 horas por dia. Dormiam 8 horas e viam televisão 1,5 horas por dia em média. Os atletas faziam em média 4,5 refeições por dia (M:10;m:2). Todos os atletas tomavam o pequeno-almoço. À refeição: comiam sopa 75,6%, comiam pão 77,8%, 88,9% comiam fruta, 4,4% bebiam apenas sumo, 48,9% comiam um doce e 4,4% bebiam álcool; 26,7% referiam consumir 1 a 2 vezes por semana álcool. A maioria dos atletas referia consumir chocolate (51,1%) 1-2 vezes por semana e legumes fora da

sopa (35,6%) 1-2 vezes por semana. Dos atletas inquiridos 11,1% faziam medicação diária: polivitamínicos 6,7% e 4,4% AINE's. **Conclusão:** O IMC constituiu-se um método grosseiro de avaliação da quantidade de massa gorda/muscular, o que se pode tornar notório em rapazes atletas como nesta população, mas não consegue explicar 31% de IMC > P85, com quase 40% na equipa de andebol. O intenso exercício físico pressupõe que a mudança tem de ocorrer nos hábitos alimentares. Atletas, pais e treinadores têm, sobretudo em rapazes, de não associar peso a músculo. Educação para a saúde foi o resultado prático destes inesperados resultados.

Palavras-chave: Atletas, Excesso de peso, Obesidade**PD187- Diabetes mellitus + Anorexia nervosa = Esteatohepatite não-alcoólica?**

Susana Groen Duarte, Maria do Carmo Pinto

Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE, Unidade de Adolescentes - Área Departamental de Pediatria Médica (Director de Departamento: Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira)

É conhecida a associação entre diabetes mellitus tipo 1 e perturbações do comportamento alimentar. A esteatohepatite não alcoólica, classicamente associada à obesidade e insulino-resistência, pode também ocorrer em casos de malnutrição extrema. A coexistência de diabetes mellitus tipo 1 e anorexia nervosa reúne, no mesmo doente, dois importantes factores de risco para o desenvolvimento desta patologia hepática. Uma adolescente de 16 anos, com os diagnósticos de diabetes mellitus e anorexia nervosa desde os 12 anos, com seguimento em consultas de endocrinologia e pedopsiquiatria, foi admitida em internamento hospitalar por emagrecimento, dor abdominal e alteração analítica das enzimas hepáticas com pelo menos 5 meses de evolução. À entrada era notório o estado de desnutrição, com massas musculares escassas e um IMC de 14 Kg/m²; a área de maciez hepática estendia-se até perto da fossa ilíaca direita. A ecografia abdominal evidenciava um fígado com 18 cm de eixo vertical e aspectos sugestivos de infiltração esteatótica. Analiticamente, destacavam-se alterações das enzimas hepáticas, com transaminases e gama-glutamilttransferase elevadas (entre 25 e 50 vezes o valor de referência) e desidrogenase láctica cerca de 2 vezes o valor normal, com provas de síntese hepática normais. A doente apresentava ainda hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Durante o internamento excluíram-se as hipóteses de hepatite viral aguda, doença de Wilson, défice de alfa 1-antitripsina, doença auto-imune e mitocondrial. A biópsia hepática revelou alterações consistentes com esteatohepatite não alcoólica. A abordagem multidisciplinar permitiu, progressivamente, um melhor controlo glicémico e aporte nutricional, verificando-se melhoria clínica e laboratorial progressivas. Este caso ilustra o envolvimento sistémico da anorexia nervosa e a complexidade da associação da doença com a diabetes mellitus tipo 1, sendo de destacar a importância de um acompanhamento multidisciplinar precoce que permita a detecção atempada de comorbilidades.

Palavras-chave: diabetes mellitus, anorexia nervosa, esteatohepatite não-alcoólica**PD188- Variação da Imagem Corporal de acordo com o Índice de Massa Corporal**Cristina Gonçalves¹, Kátia Cardoso², Helena Fonseca²

1- Hospital de Santa Maria Hospital - CHLN, 2- Consulta de Obesidade, Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria - CHLN

Introdução: A imagem corporal tem um papel fulcral no desenvolvimento da identidade do adolescente. Os objectivos deste estudo são os seguintes: Estudar a percepção da imagem corporal nos adolescentes envolvidos num programa de tratamento da obesidade e investigar a variação da imagem corporal ao longo da intervenção. **Métodos:** A Escala de Stunkard de Avaliação da Imagem Corporal foi aplicada aos adolescentes obesos na primeira consulta e numa consulta de seguimento com avaliação simultânea do Índice de Massa Corporal (IMC). Foram colhidos dados demográficos dos processos clínicos. Efectuou-se análise estatística descritiva e regressão linear dos resultados. **Resultados:** Foram estudados 45 adolescentes obesos, 58,7% do sexo feminino, com idade média de 14,31±1,65 anos. O tempo médio entre as duas avaliações foi de 12,5 meses (1,6-34,4 meses). Na primeira visita, 9 adolescentes (20%) identificaram-se com imagens correspondentes a "obesidade", 35 (77,8%) a "excesso de peso", e 1 (2,2%) a "peso normal". No seguimento, 3 adolescentes (6,7%) identificaram-se como "obesos", 34 (75,5%) como "excesso de peso" e 8 (17,8%) como peso normal. O IMC médio foi de 30,96 ± 3,78 e 30,22 ± 4,09, respectivamente na primeira consulta e na con-

sulta de seguimento ($p < 0,05$). Os adolescentes que se consideraram obesos no início da intervenção tiveram uma diminuição média de IMC de $1,34 \pm 2,16$, enquanto que nos restantes a diminuição foi de $0,45 \pm 2,08$ ($p = 0,25$). A regressão linear entre a diminuição do IMC e a melhoria da imagem corporal foi positiva, embora sem significado estatístico ($r^2 = 0,0005$, $p = 0,88$). **Conclusão:** Apenas 20% dos adolescentes obesos estudados se viam como obesos à data da primeira consulta. Visto a motivação ser crucial para uma intervenção bem sucedida nesta área, a inadequação da imagem corporal pode dificultar a motivação e, como tal, ter uma influência negativa no sucesso do controlo de peso. A diminuição do IMC tende a relacionar-se de forma positiva com a melhoria da imagem corporal.

Palavras-chave: Obesidade, Imagem Corporal, Adolescente

PD189- Mães Adolescentes e Mães Adultas - Estudo Caso-Controlo

Frederico Rosário¹, Maria Inês Santos²

1- Centro de Saúde do Barreiro, 2- Hospital de São Teotónio, EPE – Viseu, Serviço de Pediatria

Introdução: A gravidez na adolescência resulta em várias consequências negativas, sendo também potenciada por circunstâncias adversas da vida da adolescente, em especial as relacionadas com a família. Em Portugal são poucos os estudos que abordam esta problemática. **Objetivos:** Analisar a adolescência de mães/grávidas adolescentes e mães/grávidas adultas com vista a determinar quais as características que se comportam como factores de risco; criar um instrumento de avaliação de risco de gravidez na adolescência. **Material e Métodos:** Estudo caso-controlo realizado no Hospital do Barreiro entre Setembro de 2007 e Junho de 2008. Amostra de conveniência de grávidas nulíparas e puérperas primíparas, correspondendo os casos a adolescentes ($n=66$) e os controlos a adultas ($n=140$). Considerou-se mãe adolescente toda a grávida/puérpera com idade inferior a 20 anos. Os dados foram colhidos por entrevista. Variáveis estudadas: Estrutura Familiar na adolescência, dicotomizada em “Nuclear ou Alargada” e “Outras”; Nível Sócio-Económico na adolescência, medido pela escala de Graffar, dicotomizada em “Alto” (classes I, II e III) e “Baixo” (IV e V); Idade da Mãe na Primeira Gravidez, dicotomizada em “Adolescente” e “Adulta”. Para a estimativa dos Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança a 95% (IC) foi utilizado o software OpenEpi 2.2®. A elaboração de um score de risco para Gravidez na Adolescência, a partir de um modelo de regressão logística múltipla, foi realizada com o software R 2.7.0®. **Resultados:** Verificou-se que adolescentes com Estrutura Familiar “Outras” apresentam maior risco de engravidar do que as que têm uma Estrutura Familiar “Nuclear ou Alargada” (OR=11.73; IC, 3.38 a 44.27, $p < 0,001$). Ter baixo Nível Sócio-Económico ou Mãe Adolescente, isoladamente, não revelou maior risco de engravidar na adolescência (OR=1.23; IC, 0.24 a 5.02, $p=0.76$; e OR=1.31; IC, 0.36 a 4.44, $p=0.66$, respectivamente). Quando presentes em simultâneo aumentam o risco significativamente (OR=7.15; IC, 2.34 a 22.92, $p < 0,001$). A presença das três características determinou a maior probabilidade de engravidar enquanto adolescente (OR=13.94; IC, 3.46 a 64.5, $p < 0,001$). Foi elaborado um score de risco para Gravidez na Adolescência com sensibilidade de 75.8% e especificidade de 75%. **Conclusões:** A gravidez na adolescência associa-se a vários factores de risco de natureza familiar que podem ser utilizados para identificar precocemente adolescentes com maior probabilidade de engravidar.

Palavras-chave: Gravidez, Adolescência, Família

PD190- Epilepsia Catamenial em Adolescente – Caso Clínico e Estratégia Terapêutica

Patricia Lopes¹, Paula Breia², Maria do Carmo Pinto¹

1- Hospital Dona Estefânia, 2- Hospital Garcia de Orta

A epilepsia e o seu tratamento têm particularidades especiais no sexo feminino, dada a complexa interacção neurofisiológica e metabólica entre os fármacos anti-epilépticos e as hormonas sexuais e as suas variações cíclicas. De facto, a tendência para concentração das crises epilépticas em fases específicas do ciclo menstrual é um fenómeno descrito desde há séculos, mas só recentemente foi possível compreender que a fisiopatologia está relacionada com as propriedades neuroactivas das hormonas sexuais, constatando-se que os estrogénios diminuem o limiar convulsivo, tendo a progesterona o efeito inverso. Adicionalmente, os fármacos anti-epilépticos são metabolizados pelos mesmos sistemas enzimáticos hepáticos que as hormonas sexuais, pelo que a sua variação cíclica pode ter repercussões farmacocinéticas. Estima-se que a prevalência deste fenómeno seja de até um terço das mulheres com epilepsia de difícil controlo. **Caso Clínico:** Adolescente do sexo feminino, de 17

anos de idade, com história de epilepsia com crises parciais secundariamente generalizadas, que tiveram início aos 13 anos de idade, cerca de 4 meses após a menarca. Iniciou terapêutica com fármacos anti-epilépticos (actualmente medicada com valproato de sódio e topiramato), com deficiente controlo das crises epilépticas, mantendo cerca de um episódio por mês. Através da análise conjunta do calendário das crises e do ciclo menstrual concluiu-se que as crises ocorriam predominantemente nos dias próximos de cada cataménio, correspondendo ao período em que os níveis de progesterona atingem o nadir. Verificava-se igualmente que a doença tinha um impacto importante na auto-estima, limitando as actividades extra-curriculares e na aceitação da imagem corporal associada às mudanças da puberdade. Não existindo estudos controlados orientando a abordagem terapêutica nestas situações optou-se por uma intervenção com base na fisiopatologia conhecida, pelo que iniciou anticonceptivos orais com baixa dose de estrogénios sem interrupção, verificando-se uma redução franca do número de crises e melhoria da sensação de perda de controlo associada à epilepsia. **Comentário:** Trata-se de um caso clínico ilustrativo da influência do ciclo hormonal no controlo da epilepsia e do modo como uma abordagem terapêutica baseada na fisiopatologia pode ter um impacto definitivo na qualidade de vida e na aceitação da doença por parte de uma adolescentes.

Palavras-chave: Epilepsia, Catamenial, Adolescentes

PD191- Uma história de cefaleias

Ana Margarida Costa, Cristina Cândido, Fátima Dias, Nilza Ferreira

Hospital Vila Real, CHTMAD,EPE

Introdução: As cefaleias são motivo frequente de consulta, representando uma das formas mais frequentes de dor recorrente na criança e adolescente, sabendo-se que cerca de 75% das pessoas já teve pelo menos um episódio até aos 15 anos. A presença de determinados sinais (aparecimento agudo, frequência e intensidade crescentes, agravamento de cefaleia crónica, achado de sinais neurológicos anormais) deve levar à realização de exames complementares, nomeadamente neuroimagem, evitando-se as chamadas “rotinas” (Electroencefalograma; radiografia do crânio e seios paranasais) sem uma orientação justificada. **Descrição do caso:** Apresenta-se um caso clínico de uma adolescente de 13 anos que recorre ao Serviço de Urgência por cefaleias. Sétima filha de pais não consanguíneos, proveniente de ambiente socioeconómico débil, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes. Seguida em consulta por cefaleias com 2 anos de evolução. No mês anterior ao internamento, refere mudança no padrão das cefaleias que se tornam mais frequentes e incapacitantes. À admissão sem alterações ao exame físico, nomeadamente ao exame neurológico. Internada para investigação, tendo a TAC cerebral efectuada revelado uma volumosa lesão temporo-parietal-occipital direita (7x5x6cm), maioritariamente quística. Transferida para o IPO Porto, onde foi submetida a ressecção tumoral. O exame histológico mostrou tratar-se de um astrocitoma pilocítico (Grau I OMS). **Discussão:** Apesar das cefaleias serem uma queixa comum na prática diária, raramente causadas por tumores intracranianos, torna-se necessário excluir esta patologia quando estamos perante um quadro de cefaleias recorrentes e/ou persistentes. Uma anamnese e exame físico cuidadosos são fundamentais na escolha dos exames a efectuar. No caso descrito, a modificação do quadro clínico anteriormente estabelecido, levou à investigação e detecção da etiologia das cefaleias.

Palavras-chave: Cefaleias, adolescente

PD192- Mononeuropatia Periférica Associada a Anorexia Nervosa – Caso Clínico

Alexandra Mariguesa, Maria do Carmo Pinto, Antonio Trigueiros

Hospital Dona Estefânia

Introdução: A anorexia nervosa está associada a diversas complicações neurológicas graves, uma das quais a disfunção dos nervos periféricos, que pode ter uma etiologia multifactorial, sendo secundária a desequilíbrios hidro-electrolíticos, hipercatabolismo e défice nutricional. Habitualmente, a polineuropatia relacionada com a desnutrição é totalmente reversível com a reabilitação nutricional. Estão ainda descritos alguns casos de mononeuropatia periférica por compressão, precipitados pela perda ponderal acentuada num curto período de tempo, sendo o mecanismo fisiopatológico a diminuição do tecido adiposo estrutural responsável pela integridade dos feixes nervosos. Nesta situação o prognóstico é mais reservado, dependendo da ocorrência de isquémia do nervo. **Caso Clínico:** Adolescente de 13 anos, sexo feminino, internada por quadro de desnutrição e desidratação graves em contexto de anore-

xia nervosa restritiva, com início um ano antes do internamento. Verificava-se agravamento recente do quadro restritivo e perda de 25% do peso corporal em cinco meses. À entrada constatou-se de um quadro de pé pendente indolor unilateral à direita, com 3 semanas de evolução, ainda não valorizado pela própria ou pela família. Adoptava postura muito frequente com as pernas cruzadas, com conseqüente compressão da extremidade superior do perónio. Do exame neurológico destacava-se hipostesia da região anterior do tornozelo e dorso do pé direito, parésia de dorsiflexão do pé direito. Negava história de traumatismo e exposição a substâncias neurotóxicas. Realizou electromiograma que confirmou a lesão do nervo ciático popliteu externo direito, compatível com neuropatia por compressão. O confronto da adolescente com um défice motor grave em consequência da perda ponderal permitiu a tomada de consciência da gravidade da patologia e, assim, mobilizar a sua adesão e da família para o processo terapêutico, verificando-se remissão completa do quadro neurológico e psiquiátrico três meses depois. **Conclusão:** Trata-se de um caso clínico ilustrativo da importância da monitorização sistemática de complicações sistémicas da anorexia nervosa, nomeadamente défices neuromusculares na anorexia nervosa, prevenindo a ocorrência de sequelas graves permanentes. Estas alterações neurológicas podem também ser utilizadas no processo terapêutico, uma vez que a tomada de consciência da doença parece ser facilitada por uma manifestação orgânica.

Palavras-chave: Mononeuropatia Periférica, Anorexia Nervosa

PD193- Complicações de “Piercings”

Marta Mendonça¹, Marilene Eusébio², Vanda Vital³, Regina Duarte³, Maria José Leal³

1- Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, 2- Hospital do Barlavento Algarvio, 3- Hospital Dona Estefânia

Introdução: A aplicação de “piercings” é praticada há milhares de anos em várias sociedades. Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da sua popularidade em camadas etárias cada vez mais jovens e uma generalização dos locais de aplicação. O aumento da incidência e prevalência levou a um aumento proporcional das suas complicações, levantando importantes desafios de ordem médica. Por outro lado, a sua generalização entre os vários estratos sociais obriga também a uma revisão dos dados epidemiológicos conhecidos, das motivações psicossociais e de questões éticas e legais. **Métodos:** As autoras apresentam uma breve revisão do tema, com base em 2 casos clínicos de complicações de “piercings” auriculares, internados no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Dona Estefânia entre 2006 e 2007. Foram consultados os processos clínicos e avaliados parâmetros referentes à apresentação clínica, tratamento e evolução clínica. **Resultados:** Os dois casos apresentados referem-se a dois adolescentes com complicações de “piercings” auriculares – pericondrites auriculares. O aparecimento de sinais inflamatórios verificou-se 2 e 10 dias, respectivamente, após a colocação do “piercing”. A abordagem, em ambos os casos consistiu, inicialmente, na administração de flucloxacilina oral, contudo sem melhoria clínica. Durante o internamento procedeu-se a múltiplas drenagens dos hematomas, com pontos transfixivos e pensos compressivos e à optimização da terapêutica antibiótica. Nos exames bacteriológicos dos dois casos foram isoladas *Pseudomonas aeruginosa*. Verificou-se uma melhoria clínica ao fim de 50 e 39 dias, respectivamente. **Conclusão:** O aumento da incidência e variedade da localização de “piercings” associa-se a um risco substancial de morbilidade. Os profissionais de saúde devem estar alerta para aconselhar, reconhecer e tratar prontamente as suas possíveis complicações.

Palavras-chave: “piercings”, complicações, pericondrite auricular

PD194- Descontente com a imagem corporal? Riscos da dieta não controlada

Andrea Dias¹, Pedro Serralheiro², Arminda Jorge³, Ana Luísa Teixeira³, Manuela Gomes², Carlos Rodrigues³

1- Centro Hospitalar da Cova da Beira, 2- Serviço de Cirurgia, 3- Serviço de Pediatria

Introdução: A preocupação do adolescente com a imagem corporal é motivo frequente para procura de dietas restritivas e outras formas de emagrecimento rápido. O risco de desenvolver doença biliar litíásica está aumentado nestas situações. **Caso Clínico:** Descreve-se o caso clínico de uma adolescente de 13 anos, obesa (IMC 29,2), à qual foi instituída dieta em consulta de nutrição. Preocupada com a imagem corporal e com o objectivo de uma perda ponderal rápida, ignorou o plano alimentar implementado, optando por uma restrição severa e não controlada da ingesta. Desde então, referência a cefaleias frontais,

dor abdominal localizada aos quadrantes superiores do abdómen e vômitos com frequência crescente, recorrendo a várias consultas médicas. Foi submetida a múltiplos regimes terapêuticos, nomeadamente sucralfato, omeprazol e butilescopolamina, sem alívio da sintomatologia. A endoscopia digestiva alta evidenciou refluxo biliar. Dois meses após o início da sintomatologia, por queixas de dor abdominal incapacitante, tipo cólica, e recusa alimentar foi internada. À observação apresentava dor à palpação do hipocôndrio direito e epigastro, Murphy vesicular positivo, perda de 7kg em 2 meses e alguma labilidade emocional. A ecografia abdominal revelou litíase vesicular múltipla e discreto espessamento parietal da vesícula biliar. Negava história familiar de litíase ou doença hemolítica. O estudo analítico efectuado excluiu anemia hemolítica, pancreatite e alteração do perfil lipídico. As enzimas hepáticas eram normais, excepto ligeira elevação da AST. Perante a suspeita ecográfica de colecistite aguda e manutenção das queixas, foi efectuado tratamento antibiótico e proposta cirurgia electiva. Por persistência da dor abdominal e vômitos aquosos/biliares, foi reinternada 10 dias depois, sendo submetida a colecistectomia laparoscópica que decorreu sem incidentes. O estudo anatomopatológico da peça operatória revelou a presença de colecistite crónica colesterolosa e multilitíásica. Foi instituído um novo plano alimentar e pedido acompanhamento psicológico, permitindo um emagrecimento mais gradual. Encontra-se assintomática e com função hepática normalizada 2 meses após cirurgia. **Discussão:** Nas crianças obesas, a dor abdominal tipo cólica, no decurso de perda ponderal rápida, deve evocar o diagnóstico de litíase biliar e a ecografia abdominal é o exame a efectuar. A instituição de dietas restritivas impõe uma vigilância multidisciplinar, em consulta específica.

Palavras-chave: dieta restritiva, emagrecimento rápido, litíase biliar, adolescente

PD195- Patologia psicossomática - diagnóstico de exclusão.

Maria Joao Oliveira, Alexandra Sequeira, Paula Fonseca, Lúcia Gomes
Centro Hospitalar do Porto - Unidade Hospital Santo António

Introdução: Apesar das patologias observadas na Consulta de Adolescentes resultarem em grande parte dos casos do processo de desenvolvimento próprio da adolescência, as patologias psicossomáticas devem continuar a ser uma diagnóstico de exclusão. De outro modo corremos o risco de sub-diagnosticar algumas patologias orgânicas, com repercussão importante no crescimento e bem estar dos adolescentes. **Caso Clínico:** Os autores relatam o caso de uma adolescente de 14 anos de idade, com antecedentes de obesidade (sem comorbilidades) e de onicofagia e tricotilomania na infância, seguida até aos 9 anos na Consulta de Pedopsiquiatria. Em Março de 2006 iniciou queixas de epigastralgias súbitas, acompanhado de noção de impactação alimentar. Foi então observada pelo seu médico assistente e no Serviço de Urgência; não apresentava alterações ao exame objectivo. Da investigação efectuada a referir estudo analítico, ecografia abdominal e endoscopia digestiva alta (sem biópsia) sem alterações. Foi medicada com anti-ácidos, bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons e posteriormente, mediante a normalidade da investigação efectuada, com um ansiolítico, mas sem melhoria clínica. Em Junho de 2006 iniciou queixas de disfagia para sólidos (de localização não caracterizada), associada nos últimos 3 meses a vômitos alimentares pós-prandiais e emagrecimento. Foi observada em Dezembro de 2006 na Consulta de Adolescentes. Negava alterações do comportamento alimentar e alteração da imagem corporal. Foi então pedida uma radiografia esofagogastroduodenal contrastada e orientada para a Consulta de Gastroenterologia. Após realização de manometria esofágica confirmou-se o diagnóstico de acalásia esofágica. Foi submetida a correcção cirúrgica cerca de 18 meses após o início dos sintomas, permanecendo desde então assintomática. **Comentários:** A acalásia constitui uma patologia pouco comum na prática clínica pediátrica. O seu diagnóstico e correcção atempados são importantes, devido à possibilidade da ocorrência de complicações do foro respiratório. O facto de se tratar de uma patologia tão pouco frequente em idade pediátrica e de muitas vezes se assumir a adolescência como um grupo etário saudável sobrevalorizando-se a patologia psicossomática poderá conduzir a atrasos de diagnósticos potencialmente evitáveis.

Palavras-chave: psicossomática, adolescentes, acalásia

PD196- Adolescência, sexualidade e consumos em Vila Real

Marisa Isabel Almeida Carvalho, Miguel Fonte, António Trindade, Nilza Ferreira
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. EPE

Introdução: A adolescência é um período de rápido desenvolvimento físico,

psíquico e sociocultural, em que muitas vezes a aprendizagem é feita por experimentação. Estudar e compreender os estilos de vida dos adolescentes é essencial para incentivar comportamentos saudáveis. **Objectivo:** Caracterizar comportamentos potencialmente comprometedores da saúde numa população adolescente, que frequenta o décimo ano de escolaridade em duas escolas secundárias de Vila Real. **Métodos:** Os dados analisados foram obtidos através de um inquérito anónimo e confidencial, realizado em Fevereiro/08. Foram analisadas as respostas referentes ao consumo de álcool, tabaco, outras drogas e a actividade sexual. **Resultados:** Foram distribuídos 309 inquéritos e preenchidos 295. Têm 15 ou 16 anos 82% dos inquiridos e 53% são raparigas. O contacto com o álcool foi referido em 84% (249) dos inquiridos, com uma distribuição semelhante entre sexos (85% ♂ e 84% ♀). Desse grupo, 48% dos alunos e 38% das alunas afirmaram que já consumiram em excesso. As festas com os amigos (72%), as saídas à noite (59%) e em casa com os pais (21%) foram apontadas como as circunstâncias em que ocorreu o consumo. Já foram conduzidos por condutores alcoolizados 18% dos adolescentes. Relativamente ao tabaco, 58% das alunas e 56% dos alunos já o experimentaram alguma vez. Esse contacto deu-se maioritariamente no seio dos amigos (89%), 15% sozinho e 6% na companhia dos pais. O consumo regular (+5 cigarros/dia) ocorre em 26% ♀ e 23% ♂. O consumo de drogas aconteceu em 15% dos inquiridos (27 ♂ e 17 ♀). As drogas referidas são os derivados da cannabis (93%), o ecstasy (16%) e outras drogas não identificadas (18%). O início da actividade sexual ocorreu em 48% dos rapazes e 30% das raparigas. Referem ter tido 2 ou mais parceiras(os) 57% dos adolescentes e 26% das adolescentes. Acha importante o uso do preservativo e sabe o que são as DST 99%. Apon-tam como fonte de informação os professores (68%), os pais (64%), livros e revistas (49%), os amigos (48%) e o seu médico (24%). A necessidade de usar contracepção de emergência foi necessária em 15% das raparigas que iniciaram a actividade sexual. **Comentários:** A prevalência de comportamentos de risco é já valorizável. Torna-se necessário reformular e incentivar estratégias preventivas, nomeadamente a nível dos profissionais de saúde, visto que os dados encontrados apontam para um papel pouco relevante do médico na orientação de estilos de vida mais saudáveis.

Palavras-chave: Adolescência; Sexualidade; Consumos

PD197- Ser adolescente...

Tânia Sotto Maior¹, Teresa Neto²

Hospital Pedro Hispano, 2- Centro de Saúde Sra da Hora - ULSM

Introdução: A adolescência é uma época de imaturidade em busca de maturidade, uma fase complexa e turbulenta, repleta de incertezas, inseguranças e mudanças de conceitos e hábitos. A adopção de estilos de vida menos saudáveis (uso de cigarros, drogas e bebidas alcoólicas) pode representar uma tentativa de determinar a sua independência. **Objectivo:** Caracterizar os hábitos e estilo de vida de uma população de adolescentes (15 anos de idade). **Material e Métodos:** Análise de inquérito individual anónimo fornecido na consulta do exame global de saúde dos 15 anos de idade. Variáveis analisadas: sexo; idade; escolaridade; escolaridade dos pais; desporto extra-escolar; tabagismo; consumo de álcool; consumo de drogas; início da actividade sexual; contracepção; doenças sexualmente transmissíveis. **Resultados:** Amostra de 82 adolescentes com predomínio do sexo feminino (54,9%), a frequentar o 9º ano de escolaridade (61,7%) e com intenção de ingressar no ensino universitário (46,3%). O desporto é componente das actividades extra-curriculares de 51,2% dos adolescentes, sendo o futebol (23,8%) e a natação (23,8%) os que reúnem mais adeptos. O consumo de bebidas alcoólicas (61%) ocorre no domicílio (54,8%) ou em estabelecimentos públicos (26,2%), com 17,1% dos adolescentes a referirem um consumo bimensal/semanal. 6,1% fuma tabaco diariamente (41,5% já experimentaram) e 4,9% refere consumo esporádico de cannabis. Do grupo estudado 7,3% já tinha iniciado a sua actividade sexual tendo usado o preservativo como meio anticoncepcional. A escola (80,5%), seguida dos meios audiovisuais (54,9%), constituem a principal fonte de informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Embora a maioria já tenha contactado com preservativos (97,6%) apenas 69,5% considera saber como se usam correctamente. A infecção por HIV é reconhecida como uma DST em 93,9% dos casos, seguida da hepatite B (81,7%), herpes genital (81,7%), sífilis (35,4%) e gonorreia (20%). Embora estejam cientes da necessidade do uso do preservativo na sua prevenção (96,3%), 36,6% consideram os anticoncepcionais orais uma via alternativa para a prevenção da infecção por HIV. **Conclusão:** A informação, a educação e o aconselhamento individualizado, tendo em vista um comportamento saudável e responsável, devem ser componentes integrantes dos cuidados básicos de saúde. Alertando os nossos adolescentes conseguimos construir uma sociedade de adultos mais saudáveis.

Palavras-chave: Adolescente, desporto, drogas, sexo

PD198- Atendimento de adolescentes no Serviço de Urgência

Ana Catarina Sousa¹, Daniela Alves², Ana Rita Araújo¹, Idalina Maciel¹
1- Centro Hospitalar do Alto-Minho, E. P. E., 2- Hospital de São João

A adolescência é considerada a fase mais saudável da vida humana, mas a adopção de comportamentos de risco é uma fonte importante de morbidade e mortalidade. Pretende-se com este trabalho avaliar o impacto que o alargamento da idade de atendimento pediátrico até aos 15 anos e 364 dias teve no Serviço de Urgência Pediátrico do CHAM e os motivos que levaram os adolescentes a recorrerem ao Serviço de Urgência (SU), de modo a determinar a necessidade de criar condições de atendimento/acolhimento nos espaços hospitalares para este grupo etário. Analisou-se uma amostra de adolescentes dos 12 aos 15 anos e 364 dias de idade que recorreram ao SU do CHAM no período de 6/5/2008 a 6/8/2008. Foram recolhidos dados tais como idade, sexo, motivo de vinda ao SU, diagnóstico, área clínica de observação e destino. A amostra é constituída por 598 adolescentes, 51% dos quais do sexo masculino. A média de idades foi de 13,5 anos, correspondendo 24%, 26%, 26% e 24% aos 12, 13, 14 e 15 anos, respectivamente. Em 51% dos casos o motivo de vinda ao SU foi "doença", predominando as doenças do foro infeccioso (32%), digestivo (24%) e neurológico/psiquiátrico (17%). A etiologia traumática foi a 2ª maior causa de observação (49%). Verificou-se um predomínio significativo das causas traumáticas no sexo masculino ($\chi^2=13,722$; $p<0,001$). Foram observados pela Pediatria 267 utentes (45% do total dos adolescentes que recorreram ao SU); destes, em 20% houve pedido de avaliação por outras especialidades. Os restantes 331 (55%) foram observados directamente por outras especialidades. O número total de casos internados foi 30 (5%), 26 dos quais no Serviço de Pediatria. Foram orientados para a Consulta Externa 16 adolescentes, 7 destes para a Pediatria. Houve transferência de 9 adolescentes para outros hospitais, sendo 4 por patologia psiquiátrica. A patologia traumática foi responsável por quase metade das vindas ao SU, limitando o impacto da inclusão destes doentes no universo pediátrico. Houve uma afluência média de 2,9 adolescentes por dia ao SU Pediátrico, representando um acréscimo de 7% no número de observações nesse Serviço. A patologia neuropsiquiátrica tem uma grande expressividade nesta faixa etária, pelo que o reforço do apoio da Pedopsiquiatria poderia reduzir as transferências associadas a este tipo de patologia. O adolescente necessita muitas vezes de uma abordagem multidisciplinar sendo necessário proporcionar um espaço próprio que respeite a sua privacidade e autonomia.

Palavras-chave: Adolescente, Urgência, Comportamento

PD199- Os Adolescentes e a Droga - A Realidade de uma Ilha

Adriana Pinheiro¹, Paula Picanço², Tânia Cortês³, José Barbeito³, Pereira Duarte¹

1- Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, 2- Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, 3- Centro de Saúde da Praia da Vitória

Introdução: A fase da adolescência é um período em que tendem a iniciar-se comportamentos de risco, sendo uma etapa privilegiada para intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis. Assim, torna-se evidente a necessidade de realização de estudos que permitam determinar a prevalência, nas populações escolares, de comportamentos como o consumo de drogas. **Objectivo:** Avaliar o consumo de drogas ilícitas numa população de estudantes da Ilha Terceira, envolvendo os dois concelhos. **Material e Métodos:** Estudo transversal descritivo, realizado no período de 26/05/08 a 13/06/08. Recolha de dados por aplicação de inquérito, autorizado e anónimo, a alunos do 9º ano de 5 escolas da Terceira. O inquérito foi aplicado pelos autores durante uma aula e colocado pelos próprios alunos em urna fechada. Analisaram-se as variáveis: idade, sexo, informação sobre drogas e seus efeitos, consumo, local, forma de utilização, tipo de estupefaciente, idade de início, frequência e motivo. **Resultados:** Incluíram-se no estudo 602 adolescentes, 307 do sexo feminino e 295 do sexo masculino, com média etária de 15,22 (14-18 anos). Todos os inquiridos afirmaram já ter ouvido falar de drogas e seus efeitos: 460 obtiveram informação na Escola, 425 na televisão, 283 em casa, 319 com os amigos. 375 já viram amigos consumirem e 229 afirmaram já lhes ter sido oferecida droga. 154 já experimentaram, 86 do sexo masculino e 68 do sexo feminino. Todos estes já utilizaram droga fumada, 8 também por via nasal, 13 em comprimidos e 3 injectada. 121 consumiram num bar/discoteca. 249 dos inquiridos já viram consumir na escola e 72 já o fizeram. A droga mais utilizada foi a cannabis. 8 também já experimentaram cocaína, 8 extasy, 5 anfetaminas e 3 heroína. A idade de início de utilização foi em média 14,37 anos, tendo 66 alunos afirmado que só experimentaram 1 vez, 63 consomem apenas ao fim-de-semana, 15, 2-3 vezes por semana e 5 todos os dias. Os principais motivos referidos para o consumo foram: curiosidade (124), oferta de um

amigo (42), diversão (39), integração num grupo (28). **Conclusões:** Este estudo veio revelar que, apesar de referirem estar informados sobre drogas e seus efeitos, uma percentagem significativa dos adolescentes consome ou já consumiu drogas. O consumo dentro da escola mostra-se um factor preocupante. A curiosidade, a vontade de pertencer a um grupo, o medo de exclusão, a disponibilidade da droga e o desejo de diversão são os principais motivos de iniciação.

Palavras-chave: Drogas ilícitas, adolescentes, comportamentos

Área Científica - Nefrologia

PD200- Nefrite Intersticial Idiopática

Sandra Costa¹, Rúben Rocha¹, Susana Nunes¹, Teresa Pontes¹, Matos Marques², Conceição Mota³, Henedina Antunes⁴

1- Unidade de Adolescentes, Serviço de Pediatria do Hospital São Marcos, Braga, 2-Serviço de Pediatria do Hospital São Marcos, Braga, 3- Serviço de Nefrologia do Hospital Especializado em Crianças Maria Pia, Porto, 4- Unidade de Adolescentes, Serviço de Pediatria do Hospital São Marcos, Braga/Escola de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho

A nefrite intersticial aguda (NIA) é uma patologia que surge abruptamente, sob a forma de insuficiência renal e é habitualmente provocada por fármacos. Causas menos frequentes de NIA incluem doenças auto-imunes, infecções e, em raras situações, é idiopática. Adolescente, sexo masculino, 10 anos de idade, com antecedentes de infecção respiratória alta medicado com amoxicilina/ácido clavulânico, que recorreu ao SU por dor abdominal generalizada, um episódio de vômito e febre. Ao exame objectivo apresentava palidez muco-cutânea e sinais de desidratação ligeira. Sem exantema. Tinha Hb: 10,9 g/dL, MCV: 80,0 fl, MCHC: 32,4 g/dL, leucócitos: 8800/uL, (N-74,6%, E-2,5%, B-0,1%, L-16,5%, M-6,3%); glicose: 81,0 mg/dL; creatinina: 1,9 mg/dL, ureia: 73,0 mg/dL, Sódio: 136 mEq/L, Potássio: 4,7 mEq/L. Foi internado para estudo. A ecografia renopélvica revelou rins globosos e ligeiramente aumentados de tamanho. A tira-teste de urina apresentava glicosúria, proteinúria e leucocitúria. O sedimento urinário continha leucocitúria e cilindros granulados. A proteinúria era discreta (relação proteínas/creatinina(mg/mg)=0,7). Bacteriológico de urina negativo. O estudo imunológico foi normal. Por agravamento clínico e analítico (ureia: 95 mg/dL, creatinina: 2,6 mg/dL; clearance da creatinina: 58,8 ml/min/1,73m²) foi orientado para o Serviço de Nefrologia Pediátrica, onde iniciou corticoterapia e foi submetido a biópsia renal. Esta mostrou lesões de NIA, sem atingimento glomerular e sem lesões de cronicidade. Teve alta assintomático com diurese e função renal melhorada (c: 1,03 mg/dL, u: 33 mg/dL). Foi orientado para a consulta externa de Nefrologia medicado com prednisolona, que cumpriu durante 10 semanas, estando actualmente com função renal e sumário de urina normais. A nefrite intersticial aguda é uma causa de insuficiência renal aguda (IRA) e deve-se suspeitar quando esta se apresenta com sintomas não específicos, sinais de disfunção tubular e insuficiência renal inexplicada. O diagnóstico precoce é importante não só para remover potenciais agentes precipitantes e para evitar danos renais permanentes. Neste caso pensamos estar presente de uma nefrite intersticial idiopática - amoxicilina+ácido clavulânico não nos parece implicada porque a sua suspensão não alterou a progressão clínica - e não foram detectadas infecções nem doenças auto-imunes associadas. Apesar da NIA ser uma causa bem documentada de IRA são extremamente raros os casos com esta gravidade na infância.

Palavras-chave: IRA, Nefrite intersticial idiopática

PD201- Nefrite na Púrpura de Henoch-Schönlein

Sara Diogo Santos¹, Sandra Lobo², Carla Simão³, Helena Almeida⁴

1- Centro Hospitalar de Caldas da Rainha, 2- Hospital de Cascais, 3- Serviço de Pediatria Hospital de Santa Maria

O envolvimento renal na Púrpura Henoch-Schönlein (PHS) pode ocorrer em 20-50% sendo mais frequente manifestar-se por alterações minor do exame citoquímico da urina. Apresentam-se dois casos clínicos com envolvimento renal no contexto de PHS. O primeiro caso apresentou-se com proteinúria nefrótica mantida, sem outros critérios de síndrome nefrótica e com excelente resposta à corticoterapia. O segundo caso refere-se a uma criança com síndrome nefrótica cuja biópsia renal (BR) evidenciou alterações de glomerulopatia proliferativa difusa endocapilar, com depósitos mesangiais de IgA e sem crescentes. Efectuou corticoterapia oral durante 6 semanas apresentando resposta clínica e laboratorial parcial, posteriormente foi submetida a pulsos de

metilprednisolona com resposta favorável tardia, concomitantemente fez terapêutica com IECA e antilipémicos. A propósito destes casos discutem-se as indicações para BR e abordam-se as opções terapêuticas. Discute-se igualmente o seguimento posterior nestes casos.

Palavras-chave: Púrpura de Henoch-Schönlein, síndrome nefrótica

PD202- “Crise hipertensiva em adolescente...o que será?”

Andreia Leitão¹, Sofia Fernandes Paupério¹, José Guimarães Dinis¹, Ângela Melo Sousa¹, Roberto Roncon de Albuquerque², Sara Figueiredo¹, Álvaro Sousa¹

1- Centro Hospitalar do Médio Ave-Unidade de Santo Tirso, 2- Serviço de Cirurgia Vasculard - Hospital de S.João

A tensão arterial (TA) em idade pediátrica está percentilada, de acordo com a idade, sexo e altura. Considera-se hipertensão arterial (HTA), a tensão arterial igual ou superior ao percentil 95 para idade, sexo e altura. A prevalência de hipertensão arterial em idade pediátrica é cerca de 1-3%, sendo muitos dos casos ligeiros. A causa mais comum de HTA na pré-adolescência é renal. Na adolescência, a HTA é essencial ou primária, na maioria dos casos. Adolescente, sexo feminino, 10 anos e 6 meses de idade, caucasiana, saudável até recorrer ao Serviço de Urgência, por cefaleias e vômitos com 1 semana de evolução. Apresentava cefaleias frontais diurnas, não pulsáteis, sem posição de alívio, associadas a vômitos incoercíveis (vários episódios/dia), com 7 dias de evolução. Sem febre, vertigens ou tonturas. Ao exame objectivo, à admissão: TA 179/102 mmHg (membro superior direito); 190/90 mmHg (membro superior esquerdo); confirmou-se a HTA em várias medições. Fundoscopia - alguns cruzamentos anteriores, papila óptica normal; sinais meníngeos negativos; pulsos periféricos palpáveis e simétricos; exame neurológico sumário sem alterações. Sem outras alterações no restante exame objectivo. Colocámos como hipóteses etiológicas da hipertensão arterial, a renovascular / renal, cardiovascular, endócrina, central. Durante a investigação diagnóstica, o ecodoppler e, posteriormente, a angiografia das artérias renais levaram ao achado de estenose da artéria renal direita. Foi submetida a angioplastia transluminal percutânea. No período pré-operatório, teve razoável controlo da TA com medicação anti-hipertensiva. Actualmente, está normotensa, tendo suspenso os anti-hipertensores cerca de 3 semanas após a cirurgia. Os autores salientam a importância da medição da tensão arterial em idade pediátrica, quer por rotina, quer perante quadros que possam corresponder a crises hipertensivas.

Palavras-chave: hipertensão arterial; cefaleia; estenose

PD203- Pielonefrites agudas no HNSR - Estudo da sensibilidade aos antimicrobianos

Sofia Vidal Castro¹, Susana Rocha², Inês Santos³, Dolores Barros², Carla Simão⁴

1- HNSR, Barreiro, 2- HNSR, 3- H. São Teotónio, 4- H. Sta Maria

Introdução: A infecção urinária é um problema clínico frequente que requer um diagnóstico precoce e terapêutica adequada, como forma de prevenir complicações futuras. O perfil de sensibilidade e resistência dos agentes etiológicos aos antimicrobianos pode modificar-se com o tempo, pelo que estudos epidemiológicos periódicos são necessários. **Objectivos:** Caracterizar o perfil de sensibilidade e resistência aos antimicrobianos dos agentes causadores de pielonefrite aguda (PNA) em crianças internadas no HNSR. Avaliar a eficácia do protocolo de terapêutica antibiótica empírica seguido no serviço. **Pacientes e métodos:** Efectuou-se um estudo prospectivo, longitudinal, de pacientes com idade pediátrica (0-14 anos) internados num serviço de pediatria geral com o diagnóstico de PNA, no decurso do ano 2007. Os doentes foram agrupados de acordo com a idade (grupo I < 5 anos de idade e grupo II > 5 anos de idade) e com a existência ou não de uropatia subjacente. Foi igualmente questionado se havia sido instituída terapêutica antibiótica prévia (últimas 4 semanas) ou se faziam quimioprofilaxia. A análise dos resultados é descritiva tendo em conta o reduzido tamanho da amostra. **Resultados:** Em 49 pacientes, 41 (83,7%) apresentavam idade inferior a 5 anos e 31 não apresentavam diagnóstico prévio de uropatia. Os principais métodos de colheita de urina foram o saco colector (22), cateterismo vesical (16) e jacto médio (11). Em 44 (89,8%) casos a *Escherichia coli* foi o agente isolado. Todos os agentes isolados foram sensíveis às cefalosporinas de 2ª geração. O 2º antibiótico testado, amoxicilina-ácido clavulânico revelou-se eficaz em 45 (92%), os casos de resistência ocorreram quando esta associação foi utilizada nas quatro semanas prévias. **Conclusão:** A comparação entre os 2 grupos etários não foi possível dada a diferença de tamanho das amostras. A identificação de

terapêuticas antibióticas previamente instituídas para outras causas é importante porque pode condicionar a eficácia da terapêutica empírica.

Palavras-chave: Pielonefrites Agudas, Sensibilidade Antimicrobianos

PD204- Factores de risco da profilaxia antibiótica na infecção do tracto urinário

João Carlos Pereira Neves, Vanessa Mendonça, Cristina Miguel, Paulo Teixeira
Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução: A infecção do tracto urinário (ITU) é uma patologia comum em pediatria. A profilaxia antibiótica após a primeira ITU tem sido utilizada para evitar novas infecções. Estudos recentes afirmam que as não previne, favorecendo a emergência de bactérias resistentes. **Objectivo:** Averiguar a influência da profilaxia antibiótica no tipo de agente etiológico da ITU e sua sensibilidade aos antibióticos. **Material e Métodos:** Foram revistos os processos clínicos das crianças internadas no Serviço de Pediatria do CHMA – Famalicão com o diagnóstico de pielonefrite aguda, entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2007. Tendo sido excluídos os casos de bexiga neurogénica. Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, uso de profilaxia, presença de refluxo vesico-ureteral (RVU), método de colheita de urina, agente etiológico e sensibilidade a antibióticos. Foram obtidos quatro grupos: com profilaxia (grupo 1), sem profilaxia/ primeira ITU (grupo 2), este subdividido nos grupos 2a e 2b de acordo com a presença ou não de RVU. Análise estatística utilizando o programa SPSS® 15. **Resultados:** A amostra total foi constituída por 174 internamentos, correspondendo a 163 crianças, sendo 72,4% do sexo feminino. A idade média foi de 29,5 meses, mediana 13,3 meses [1 mês - 17 anos]. Eram do grupo 1, 34 crianças (19,5%). Do grupo 2 (n=140) efectuaram cistouretrografia miccional seriada 104 crianças, tendo 28,8% (n=30) RVU e que constituíram o grupo 2b. Pertenciam ao grupo 2^a, 74 crianças. Os antibióticos utilizados na profilaxia foram o co-trimoxazol (14), trimetoprim (7), cefaclor (7), nitrofurantoina (4) e não identificado em dois. A E.coli foi mais frequentemente isolada no grupo sem profilaxia (92,9%) vs com profilaxia (82,4%), p=0,057. Verificou-se que o sexo feminino tem maior probabilidade de ITU por E. coli, (p=0,035). Não houve diferenças com significado estatístico na etiologia da ITU nas crianças sem profilaxia quando comparadas relativamente à existência ou não de RVU (grupo 2a vs grupo 2b). A profilaxia induziu o aparecimento de bactérias resistentes ao co-trimoxazol (grupo 1 = 67,6%, grupo 2 = 17,1%, p<0,01), o que não se verificou para os outros antibióticos analisados. **Conclusão:** Constatou-se que o uso de profilaxia aumenta as resistências ao co-trimoxazol provavelmente por ter sido o mais utilizado. Sugere ainda que nas crianças em profilaxia a infecção por E.coli é menos frequente.

Palavras-chave: profilaxia antibiótica, infecções do tracto urinário, resistência antibiótica bacteriana

PD205- Síndrome Hemolítico-Urémico – forma atípica

Rita Jorge, Andreia Sofia Águeda, Susana Soares, Raquel Sousa, Ana Maria Maia, Helena Jardim
Hospital de S. João, E.P.E – Porto

O síndrome hemolítico-urémico, causa mais frequente de insuficiência renal aguda em crianças pequenas, caracteriza-se clinicamente por duas formas de apresentação: D+ (associada a quadro diarreico) e D- (ausência de diarreia), também chamada atípica. Apresenta-se o caso de uma criança do sexo masculino, de 4 anos, com oligoanúria e hematuria macroscópica, que surgiram três dias após amigdalite medicada com amoxicilina e ácido clavulânico. Sem queixas gastrointestinais. Apresentava palidez muco-cutânea, escleróticas subictéricas, petéquias no dorso dos pés e hipertensão arterial. Analiticamente com anemia hemolítica (hemoglobina 6,5 g/dL, esquizócitos, anisocitose, poiquilocitose), trombocitopenia (18x10⁹/L plaquetas) e insuficiência renal aguda (ureia 97 e creatinina 0,87 mg/dL). Verificou-se também Coombs directa negativa, hiperbilirrubinemia indirecta, elevação das transaminases, hematuria e proteinúria marcadas, cilindrúria e hipertensão arterial persistente. Fez terapêutica transfusional, sem necessidade de diálise, e corticoterapia, registando-se regressão do quadro hematológico e normalização da diurese e função renal. Este caso com atingimento hematológico acentuado evidencia a heterogeneidade clínica do síndrome hemolítico-urémico atípico, cuja natureza recidivante impõe seguimento adequado.

Palavras-chave: Síndrome Hemolítico-Urémico; Atípica; Hematológica

PD206- Infecção urinária: conhecer a epidemiologia para melhorar a actuação

Dora Fontes, Susana Gomes, Sónia Antunes, Isabel Fernandes, Lurdes Lorga
Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução: A infecção urinária (IU) é uma patologia frequente em idade pediátrica e determina um número considerável de hospitalizações no nosso Serviço. O conhecimento da epidemiologia local, dos gérmes mais frequentemente envolvidos e sua sensibilidade antimicrobiana reveste-se de extrema importância, pois permite uma melhor adequação da antibioterapia que, nesta doença, é frequentemente iniciada de forma empírica. **Objectivo:** Caracterizar a população de crianças admitidas em internamento com o diagnóstico de IU, conhecer os agentes etiológicos e respectivos antibiogramas. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo realizado por consulta dos processos clínicos dos doentes internados no Serviço de Pediatria entre 1 de Janeiro de 2006 e 31 de Dezembro de 2007, com o diagnóstico de IU. Avaliaram-se dados demográficos, apresentação clínica, antecedentes pessoais e familiares, dados laboratoriais e microbiológicos, terapêutica e evolução clínica. Considerou-se critério de exclusão a presença de urocultura negativa. **Resultados:** Foram internadas 90 crianças, com predomínio do sexo feminino (68,9%), tendo 52,2% idade inferior a um ano. Não era conhecida doença uroretrológica em 62,2%. Os principais sintomas à entrada foram febre (94,4%), vômitos (25,6%) e anorexia (17,8%). Os agentes etiológicos mais frequentemente isolados foram a *Escherichia coli* (85,6%), o *Proteus mirabilis* (5,6%) e a *Klebsiella pneumoniae* (4,4%), com sensibilidade ao cefuroxime de 97,7%, 60% e 25% respectivamente. A sensibilidade à amoxicilina/ácido clavulânico (A/AC) foi de 89,6% para a *E. coli* e de 100% para o *P. mirabilis* e *K. pneumoniae*. O cefuroxime endovenoso foi a terapêutica empírica em 87 doentes (97,7%). A evolução foi favorável, excepto num caso agravado por insuficiência renal aguda. **Conclusão:** Apesar do cefuroxime ser bastante eficaz na IU a *E. coli*, e ser a terapêutica empírica realizada no nosso Serviço, a resistência de agentes como o *P. mirabilis* e *K. pneumoniae* é já considerável. A A/AC parece ser uma opção terapêutica eficaz dada a sua elevada sensibilidade para os três gérmes mais frequentemente isolados.

Palavras-chave: Infecção urinária criança

PD207- Cintigrafia renal com 99m Tc-DMSA no diagnóstico de pielonefrite aguda - Revisão de 5 anos

Marco Pereira, Ana Castro, Georgeta Oliveira, Maria Eduarda Cruz
Hospital Pedro Hispano

Introdução: As infecções do tracto urinário (ITU) são causa de morbidade frequente em idade pediátrica. A avaliação das crianças com ITU inclui a realização de alguns exames de imagem, no sentido de excluir anomalias estruturais e/ou funcionais que possam predispor ao aparecimento de novas infecções ou complicações. A cintigrafia renal com 99m Tc-DMSA é frequentemente utilizada no seguimento destes doentes para avaliar possíveis sequelas renais após uma ITU. É também um exame com alta sensibilidade para o diagnóstico de alterações inflamatórias agudas, pelo que encontra também aplicação na fase aguda de doença permitindo estabelecer o diagnóstico de pielonefrite aguda (PNA). **Objectivo:** Avaliar a utilidade do DMSA realizado no episódio febril agudo, para o diagnóstico de pielonefrite aguda em doentes com quadros clínicos sugestivos de ITU mas com urocultura negativa ou inconclusiva. **Métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu os doentes internados no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, no período de Julho de 2003 a Junho de 2008, que realizaram DMSA no episódio febril agudo. **Resultados:** Neste período, 54 doentes realizaram DMSA, sendo 42 do sexo feminino (77,7%), com idades compreendidas entre um mês e sete anos. Nove doentes (16,6%) apresentavam antecedentes de ITU e sete tinham malformação urinária documentada previamente. O DMSA foi pedido por contexto clínico e exame sumário urinário compatível com infecção urinária, mas com urocultura negativa (24 casos; 44,4%) ou com urocultura inconclusiva (29 casos; 53,7%). Num dos casos não foi realizado exame sumário de urina ou urocultura. Onze doentes (20,4%) encontravam-se a fazer antibiótico previamente ao internamento. Cinquenta e um doentes realizaram ecografia renovesical, que foi normal em 76,5% dos casos. A cintigrafia renal com 99m Tc-DMSA, foi normal em 18 doentes, e nos restantes 36 doentes (66,6%) revelou alterações compatíveis com pielonefrite aguda. **Conclusão:** A cintigrafia com DMSA revelou-se um exame importante nas crianças estudadas, permitindo afirmar ou excluir PNA, e deste modo seleccionar os casos sujeitos a futura quimioprofilaxia e/ou exploração morfofuncional das vias urinárias.

Palavras-chave: Pielonefrite aguda, DMSA, Cintigrafia renal

PD208- Trombose venosa cerebral em criança com síndrome nefrótica

Rita Calado, Rute Barreto, Isabel Nabais, Rosário Stone
Hospital Espírito Santo Évora

Introdução: O síndrome nefrótico (SN) na infância está associado a um estado de hipercoagulabilidade para o qual contribuem múltiplos factores. A incidência de eventos tromboembólicos, arteriais e venosos, na população pediátrica com SN é de 2 a 3 %. A trombose venosa cerebral (TVC) é uma complicação rara mas potencialmente fatal. Apresenta-se o caso de um rapaz de 3 anos, raça negra, natural de Évora, com síndrome nefrótica corticoddependente e recidivante múltiplo, diagnosticado aos 22 meses. Um ano antes do internamento actual, foi hospitalizado no contexto de quarta recidiva de SN, tendo-se verificado fenómeno tromboembólico do membro superior esquerdo, pelo que efectuou terapêutica anticoagulante durante 3 meses com total recuperação. Na semana prévia ao internamento actual iniciou aumento ponderal, dor epigástrica e cefaleias, apresentando nova recidiva de SN. A persistência da sintomatologia, associada ao aparecimento de um episódio de vômito, motivaram o internamento no Serviço de Pediatria do HESE. À entrada apresentava-se consciente e orientado, normotenso, com aumento do perímetro abdominal, edema dos membros inferiores, sem alterações no exame neurológico ou papiledema. O estudo analítico revelou hipoalbuminemia (0.7g/dL), sem outras alterações. No segundo dia de internamento, face a deterioração súbita do estado de consciência, realizou TC-CE que demonstrou imagens sugestivas de trombose dos seios lateral e sigmoideu esquerdos e porção postero-inferior do seio longitudinal superior. Foi ventilado e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do HSM onde foi iniciada terapêutica com enoxaparina. Foi obtida RMN-CE de controlo, cinco meses após a alta, sem alterações, tendo-se suspenso terapêutica anticoagulante. **Discussão:** A TVC é uma complicação rara do SN sendo necessário um elevado grau de suspeição para obtenção do diagnóstico, nomeadamente perante uma criança com SN que desenvolva alterações do estado neurológico, como no presente caso. O diagnóstico precoce, a instituição imediata da terapêutica anticoagulante e o controlo do SN foram medidas essenciais para garantir um bom prognóstico. Embora seja consensual a eficácia da terapêutica anticoagulante no tratamento dos fenómenos trombóticos associados ao SN, discute-se ainda a necessidade de anticoagulação profiláctica, particularmente na presença de eventos trombóticos recorrentes, como na situação descrita.

Palavras-chave: síndrome nefrótica, hipercoagulabilidade, trombose venosa cerebral, criança.

Área Científica - Neonatologia**PD209- Filhos de toxicoddependentes – Casuística de uma Maternidade**

Nádia Cristina Cardoso Mercês de Brito, Joana Mesquita, Fátima Negrão
Maternidade Bissaya Barreto

Introdução: O consumo de drogas ilícitas tem aumentado nas últimas décadas. Cerca de 3% das mulheres grávidas têm consumos regulares destas substâncias, com aumento da morbidade e mortalidade materno-fetais. Entre 50 a 90% dos recém-nascidos expostos a opiáceos desenvolvem Síndrome de Abstinência e percentagem elevada necessita de terapêutica. **Objectivos:** Caracterizar a população de filhos de mães toxicoddependentes quanto a consumos maternos e casos de Síndrome de Abstinência Neonatal, terapêutica realizada, prevalência e duração do aleitamento materno, comorbilidades e causas de morte neonatais e a longo prazo. **Materiais e Métodos:** Foi realizado estudo retrospectivo, com consulta dos processos clínicos de mães toxicoddependentes e respectivos filhos, nascidos na nossa Maternidade entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2006. Foram consideradas toxicoddependentes, as mulheres com consumo activo de drogas ilícitas ou que integravam programa de substituição com metadona. **Resultados:** Incluímos 190 recém-nascidos, média de 32 casos por ano. Em 168 (88%) a mãe tinha consumido opiáceos na gravidez (todas fizeram substituição com metadona). Noventa e seis (51%) mulheres tinham patologia infecciosa como HIV, hepatites B ou C e Sífilis. O parto foi eutócico em 61%. A mediana da idade gestacional foi 38 semanas, 24% eram prematuros. Sem casos de asfixia. O peso de nascimento médio foi de 2735 gramas, 8% tinham restrição de crescimento intra-uterino. Foram internados na Unidade de Cuidados Intensivos 22%. Cinquenta e três casos (32%) tiveram Síndrome de Abstinência, 72% realizaram metadona e/ou fenobarbital. As patologias mais frequentes foram taquipneia transitória (3,6%) e doença de membrana hialina (2%). Houve uma morte neonatal por isoimunização Rh. Na alta 82% faziam leite materno

e 84% ficaram ao cuidado da mãe. A duração média do seguimento posterior foi 16 meses. Ocorreram 3 casos de morte súbita entre os 11 dias e 3,5 meses de idade. Três casos têm atraso de desenvolvimento e 2 casos, perturbações do comportamento. **Comentários finais:** Os opiáceos foram as drogas ilícitas mais usadas. A proporção de casos de Síndrome de Abstinência Neonatal foi inferior à descrita, talvez reflectindo um bom seguimento perinatal. As complicações neonatais deveram-se à prematuridade. De salientar a elevada taxa de aleitamento materno na alta. A longo prazo a principal complicação foi a morte súbita do lactente, alertando para o reforço da sua prevenção nesta população.

Palavras-chave: Síndrome Abstinência Neonatal; Toxicoddependência

PD210- Infecção recorrente neonatal por Estreptococo grupo B- A propósito de um caso clínico

Gisela Silva¹, Carlos Marcos², Sónia Lira², Francisco Pereira da Silva²

1- Centro Hospitalar do Porto- Unidade Hospital Maria Pia, 2- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

O Estreptococo do grupo B (SGB) é ainda uma importante causa de sepsis neonatal nos países desenvolvidos, com uma incidência a variar entre 1-3/10000 nascimentos. A maioria dos casos ocorre durante a primeira semana de vida e deve-se à colonização vaginal materna. A infecção tardia também pode dever-se à colonização vaginal, à aquisição do microrganismo na comunidade ou, num menor número de casos, à ingestão de leite materno. A infecção recorrente a SGB pelo leite materno é rara e este diagnóstico tem importantes implicações terapêuticas. Os autores apresentam o caso clínico de um RN internado ao oitavo dia de vida por sepsis tardia a SGB que teve alta após ter completado 10 dias de antibioterapia (ampicilina e gentamicina). Quatro dias após a alta, é novamente internado por novo episódio de sépsis tardia pelo mesmo agente. Trata-se de um RN a fazer aleitamento materno exclusivo e em que foi isolado SGB com o mesmo tipo de sensibilidade antimicrobiana nas hemoculturas dos dois internamentos e no exame microbiológico do leite materno. O doente apresentou uma evolução clínica favorável após curso de antibioterapia (ampicilina e gentamicina) durante 21 dias. A mãe foi tratada com amoxicilina durante 10 dias. O exame microbiológico do leite materno subsequente foi negativo. Este caso reflecte a importância da pesquisa do SGB no leite materno se estivermos perante um doente com infecção recorrente e da erradicação da excreção do mesmo no leite materno.

Palavras-chave: Estreptococo grupo B; infecção recorrente; leite materno

PD211- Vômitos no Recém-nascido: um desafio diagnóstico

Filipa Neiva¹, Susana Nunes¹, Carla Sá¹, Albina Silva¹, Matos Marques¹, Eduarda Abreu¹, Ana Antunes², Alzira Sarmiento³, Sandra Rocha³, Almerinda Pereira¹

1- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Serviço de Pediatria, Hospital de S. Marcos, 2- Consulta de Grupo pediátrico/endocrinológico - Serviço de Pediatria, Hospital de S. Marcos, 3- Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital Maria Pia, Porto

Introdução: Anomalias da rotação intestinal ocorrem como resultado de um processo incompleto de rotação e fixação do intestino durante a maturação embrionária. Os sintomas devem-se à obstrução do intestino, colocando problemas no diagnóstico. **Caso Clínico:** Recém-nascido (RN), 11 dias, sexo masculino. Trazido à Urgência Pediátrica por vômitos em jacto após as mamadas, com início em D2 e aumento progressivo da frequência e gravidade. Apetite conservado, dejectões pouco abundantes. Perda de 22% do peso. Apresentava mau estado geral e sinais de desidratação grave. Analiticamente: desidratação hiponatémica (ureia 123mg/dl, sódio 126mEq/l, normocaliémia), alcalose metabólica hipoclorémica e insuficiência renal aguda. Iniciou correcção hidroelectrolítica. Hipóteses de diagnóstico: hiperplasia das supra-renais / estenose hipertrófica do piloro (EHP) / mal rotação intestinal. Realizou ecografia abdominal que exclui EHP e radiografia abdominal que revelou dupla bolha gástrica. Estudo endocrinológico: 17-hidroxiprogesterona (> 20ng/dL), doseamento no Cartão de Ghutrie (15,2ng/dL). Em D13 foi submetido a duodenojejunostomia laterolateral, com constatação intra-operatória de cego e apêndice ileocecal em posição epigástrica, rotação incompleta do ângulo duodenojejunal e raiz do mesentério. Actualmente, com 6 meses, apresenta boa evolução estaturo ponderal e desenvolvimento adequado. Verificou-se normalização espontânea dos valores da 17-hidroxiprogesterona. **Conclusão:** A malrotação intestinal deve ser considerada nas hipóteses de diagnóstico do RN com vômitos repetidos. As anomalias apresentadas no

estudo endocrinológico inicial deste doente não foram confirmadas, pelo que se considera a alteração apresentada à data do internamento devida ao stress da doença aguda.

Palavras-chave: Vômitos, mal rotação

PD212- Rectorragias num Recém-Nascido: Suspeitar do Insuspeito

Cristina Henriques¹, Alexandra Emílio², Marisa Vicente², Luís Caturra²

1- Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, 2- Serviço de Pediatria - UCEN, Hospital S. Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal

O diagnóstico diferencial de um recém-nascido (RN) com rectorragias abrange diversas entidades, incluindo causas mecânicas, infecciosas e alérgicas, entre outras. Cada uma destas patologias obriga a uma intervenção específica e atempada, pelo que é imprescindível estabelecer o diagnóstico correcto. Apresenta-se o caso de um RN do sexo masculino, nascido de parto eutócico às 37 semanas, com índice de Apgar 9/10, peso ao nascer 3015g e a fazer aleitamento materno exclusivo. Ao 2º dia de vida, inicia emissão de sangue vivo e muco com as fezes, de agravamento progressivo e acompanhado de quebra do estado geral e defesa abdominal. A ecografia abdominal e a radiografia simples do abdómen mostravam apenas edema da parede das ansas. Admitiu-se o diagnóstico de enterocolite necrosante I e foi iniciada pausa alimentar e antibioterapia com ampicilina, gentamicina e metronidazol. Da evolução analítica destaca-se anemia, hipoalbuminémia e eosinofilia marcada; de salientar, a ausência de parâmetros de infecção, gástrica normal e hemoculturas estéreis. Com os cuidados instituídos assistiu-se a progressiva melhoria clínica, tendo sido re-introduzida alimentação entérica ao 8º dia de vida. Ao 11º dia re-inicia rectorragias, sem agravamento analítico ou radiológico, e com rápida remissão das mesmas após suspensão da alimentação entérica. Perante a hipótese de se tratar de colite alérgica foram feitos doseamentos das IgE específicas para as proteínas do leite de vaca (PLV), que foram negativos, e efectuada colonoscopia, que não mostrou alterações macroscópicas mas cujas biópsias foram compatíveis com colite alérgica. A mãe do RN iniciou então dieta com exclusão total de PLV e foi re-introduzida alimentação com leite materno (LM), não se tendo verificado novos episódios de rectorragias. A colite alérgica é uma situação rara, sobretudo em RN a fazer LM exclusivo. Existem vários alimentos passíveis de causar colite alérgica, mas as PLV são as mais frequentemente implicadas. Neste caso, a exclusão de PLV da dieta materna levaram à remissão mantida do quadro, permitindo estabelecer o diagnóstico de colite alérgica às PLV. Esta conclusão é fundamental para orientar a alimentação desta criança: com a dieta correcta, este RN poderá ter o seu desenvolvimento pleno. Após o 1º ano de vida, a maioria destas crianças torna-se tolerante às PLV permitindo-lhes retomar uma dieta normal.

Palavras-chave: rectorragias, eosinofilia, aleitamento materno, colite alérgica

PD213: Candidíase Invasiva Refractária ao Tratamento em Recém-nascido de Extremo Baixo Peso: Utilização de Caspofungina com Sucesso

Andreia Lopes, Gustavo Rocha, Ana Vilan, Maria Beatriz Guedes, Hercília Guimarães
Hospital São João

A sépsis a *Candida* multiresistente é um problema crescente em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais em todo o mundo. A Caspofungina é um novo fármaco antifúngico, aprovado actualmente em adultos, com experiência muito limitada em recém-nascidos. Os autores relatam o caso clínico de um recém-nascido do sexo feminino, com 26 semanas de idade gestacional, admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São João após parto eutócico e um ciclo incompleto de corticóides. O índice de Apgar foi 8/9. Por apresentar sinais ligeiros de dificuldade respiratória iniciou CPAP nasal precoce. No 8º dia de vida desenvolveu candidíase mucocutânea generalizada, pelo que iniciou tratamento com nistatina oral e clotrimazol tópico. No 15º dia de vida, em contexto de sépsis a *Candida*, ocorreu deterioração clínica e analítica, com trombocitopenia, convulsões, necessidade de suporte respiratório e inotrópico. Apesar do tratamento com Anfotericina B lipossómica, as hemoculturas permaneceram positivas (dias 17, 19, 21, 25, 28, 30 e 32). Iniciou tratamento com Caspofungina no 28º dia de vida (2 mg/kg/dose, q24h), após consentimento dos pais e aprovação pela comissão de ética. Observou-se evolução clínica e analítica favorável, sem efeitos adversos documentados. Realizou 28 dias de terapêutica. Teve alta às 37 semanas de idade corrigida, sem problemas clínicos evidentes. Apesar da Caspofungina não estar ainda aprovada em recém-nascidos e a dose não se encontrar clara-

mente definida, este caso clínico demonstra que o fármaco pode ser adequado para o tratamento da candidíase invasiva, em recém-nascidos de extremo baixo peso, especialmente em situações de risco de vida.

Palavras-chave: *Candida*, Sépsis, Caspofungina, Recém-nascido

PD214- Sífilis congénita precoce com evolução clínica fulminante – relato de uma complicação inesperada

Filipa Caldeira, Joao Franco, Manuel Primo
Hospital Garcia de Orta

Introdução: Apesar da existência de um programa de rastreio de sífilis durante a gravidez e de uma terapêutica eficaz, continuam a surgir novos casos de sífilis congénita. Os autores relatam um caso de sífilis congénita com evolução clínica fulminante no período neonatal precoce. **Descrição do Caso:** Primeira gesta, vigiada no Centro de Saúde. Das serologias efectuadas destaca-se VDRL negativo no primeiro trimestre e positivo a partir da 30ª semana, com títulos crescentes, não tendo sido efectuado tratamento. Parto eutócico às 34 semanas e 5 dias: recém-nascido (RN) de sexo masculino, com 2550 g (P75) e Índice de Apgar 5/9. Com seis horas de vida inicia gemido intermitente, hipoglicémia e fezes acólicas, sendo transferido para a Unidade de Neonatologia. À admissão destaca-se eritema descamativo palmo-plantar, icterícia e hepatoesplenomegália. Analiticamente apresenta trombocitopenia, aumento de parâmetros inflamatórios séricos, hiperbilirrubinémia mista e aumento das transaminases hepáticas. Perante a hipótese de sífilis congénita precoce inicia Penicilina G cristalina aquosa 100.000 U/Kg/dia BID por via endovenosa. A radiografia de ossos longos revelou periosteite diafisária múltipla. O título de VDRL no soro do RN foi semelhante ao da mãe (1:64). Cerca de 24 horas após o início do tratamento verifica-se agravamento súbito do estado clínico, caracterizado inicialmente por vômitos alimentares, distensão abdominal e rectorragia, progredindo rapidamente para falência multiorgânica refractária a tratamento intensivo, com óbito às 80 horas de vida. O exame anatomo-patológico e os exames bacteriológicos confirmaram o diagnóstico de enterocolite necrosante associada a sépsis por *Escherichia coli*. **Discussão:** O interesse do presente caso relaciona-se com a raridade das complicações descritas e rapidez de evolução das mesmas. Destaca-se a importância da vigilância e tratamento atempados durante a gestação na prevenção de uma entidade ainda frequente em neonatologia.

Palavras-chave: Sífilis congénita, enterocolite

PD215- Estudo dos cuidados de saúde pré-natais e perinatais durante um mês num Berçário

Tânia Monteiro, Mara Silva Ferreira, Horácio Paulino
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Introdução: Ao promover uma correcta vigilância pré-natal e qualidade dos cuidados de saúde perinatais, estamos a causar um impacto positivo na qualidade da saúde infantil. A forma mais eficaz de incentivar boas práticas, é conhecer as suas limitações. **Objectivos:** Caracterizar um grupo de recém-nascidos (RN) internados no Berçário do CHBA, durante o mês de Junho de 2008, relativamente a: local do parto; idade e residência materna; idade gestacional; sexo; tipo de parto; vigilância da gravidez; serologias do 3º trimestre; rastreio de infecção por streptococcus do Grupo B (SGB); duração da rotura de membranas; tipo de líquido amniótico; Índice de Apgar (IA); peso à nascença; intercorrências no pós-parto; tipo de alimentação; vacinas; e idade na alta. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo através da consulta dos processos clínicos dos recém-nascidos do Berçário do CHBA, no mês de Junho de 2008. **Resultados:** Foram consultados 70 processos. Todos com parto hospitalar e com ligeiro predomínio do sexo masculino (52,86% n=37). O grupo etário materna predominante foi entre 25-29 anos e o concelho Portimão. Na maioria foram partos eutócicos (52,86% n=37) seguidos de cesarianas (28,57% n=20) e de termo (88,57% n=62). Em 42,86% (n=30) não há registo sobre a vigilância, mas nos processos que apresentam essa informação a maioria teve pelo menos 3 consultas (n=28). A pesquisa do SGB foi negativa em 45,71% (n=32), sem registo em 22,86% (n=16), não foi realizado em 25,71% (n=18) e com 4 casos positivos. Em relação às serologias do 3º trimestre, só em 57,14% dos casos (n=40) há registo e completas. Em 80% a rotura das membranas foi inferior a 12h e em 77,14% o líquido amniótico era claro. Em 97,14% (n=68) o IA ao 5º minuto foi 10. A maioria dos RN tinham um peso entre 2500-4000g (88,57% n=62), sem casos de muito baixo peso e só um caso de baixo peso à nascença. O aleitamento materno exclusivo ocorreu em 60% dos casos. Ocorreram três internamentos na unidade de Neonatologia (dois para fototerapia e um por polipneia transitória). Todos

fizeram as primeiras vacinas do PNV e tiveram alta a partir do 2º dia de vida. **Conclusão:** No Algarve a taxa de mortalidade perinatal tem tido uma tendência crescente, sendo relevante realizar trabalhos que possam identificar aspectos da morbimortalidade dos RN, num hospital sem apoio perinatal diferenciado, para sensibilizar os diferentes intervenientes e arranjar soluções para uma melhor prestação de cuidados de saúde infantil.

Palavras-chave: Vigilância pré-natal, cuidados perinatais e mortalidade perinatal

PD216- Consulta de Diagnóstico Pré Natal / Neonatologia – Hospital São Marcos – Braga

Filipa Neiva¹, Alexandra Cadilhe², Albina Silva³, Carla Sá³, Matos Marques³, Eduarda Abreu³, Matos Cruz², Almerinda Pereira³

1- Hospital de S. Marcos, 2- Unidade de Medicina Fetal - Serviço de Obstetria, Hospital de S. Marcos, 3- Unidade de Neonatologia - Serviço de Pediatria, Hospital de S. Marcos

A consulta de Diagnóstico Pré Natal/Neonatologia (DPN/N) é uma consulta multidisciplinar dos Serviços de Obstetria e Pediatria/Neonatologia. Destina-se a orientar a investigação das grávidas com fetos portadores de malformações congénitas e a estabelecer um plano de estudo e tratamento médico e/ou cirúrgico neonatal. É fornecida informação aos pais sobre o prognóstico e o estudo e tratamento pós-natal. Analisar os fetos avaliados na consulta DPN/N em 2007, seu seguimento no período neonatal e até aos 6 meses de vida. **Material e Métodos:** Estudo prospectivo descritivo dos fetos avaliados na consulta DPN/N incluindo diagnóstico fetal, estudo realizado, confirmação pós-natal do diagnóstico, tratamento efectuado, seguimento até aos 6 meses e mortalidade verificada. **Resultados:** Foram avaliadas 24 grávidas/fetos. A idade gestacional mediana da primeira consulta foi 22 semanas (mínimo 12, máximo 37). A patologia mais prevalente foi a renal com hidronefrose (8/24) e rins displásicos (2/24). Malformação do sistema nervoso central – ventriculomegalia (3/24) estando em 1 feto associada a agenesia completa do corpo caloso. Patologia cardiopulmonar (3/24) em 2 fetos com adenomose pulmonar quística tipo III (MACIII) e 1 com espessamento da válvula tricúspide. Restrição do crescimento intra-uterino (RCIU) (3/24). Anomalias do tracto gastrointestinal com dilatação gástrica e intestinal (2/24) estando em 1 feto associada a hidronefrose. Patologia ortopédica (3/24) pés equinovarus. Realizaram aminiocentese (12/24), ecocardiograma fetal (7/24), ressonância magnética fetal (3/24), pesquisa de mutação fibrose quística (2/24) e pesquisa de infecção TORCH no líquido amniótico (2/24). No período pós natal não foi confirmado o diagnóstico fetal em (6/24), sendo os diagnósticos fetais 1 RCIU, 1 espessamento da válvula tricúspide, 2 dilatação intestinal, e 2 hidronefrose. Foram confirmados 18 diagnósticos fetais, destes, no período pós-natal 10 foram submetidos a tratamento médico e 3 a tratamento cirúrgico sendo corrigidos 1 megaureter congénito com pélvis dilatada, 1 uréter esquerdo ectópico e 1 ureterocelo. Aos 6 meses (18/24) crianças estão em consulta hospitalar e (6/24) nos cuidados de saúde primários. Não se verificaram óbitos. As consultas de diagnóstico pré natal são fundamentais na assistência à grávida pois permitem planear o estudo e tratamento pós-natal com a consequente diminuição da morbidade e mortalidade como se verificou na nossa casuística.

Palavras-chave: Diagnóstico pré-natal; Neonatologia

PD217- Hidrúpsia fetal - importância do diagnóstico e actuação atempadas

Paula Martins¹, Dolores Faria², Fátima Negrão², Graça Sousa¹, Lúcia Ribeiro¹, Eduardo Castela¹

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Maternidade Bissaya Barreto

Introdução: A hidrúpsia fetal caracteriza-se por acumulação de líquido nos tecidos subcutâneos, cavidade abdominal, pleura e pericárdio. Uma grande diversidade de causas pode estar subjacente a esta entidade, pelo que uma história clínica detalhada e um exame objectivo cuidadoso são de extrema importância na orientação etiológica. **Caso Clínico:** Recém-nascido de 35 semanas, nasce por cesariana de urgência, devido a sofrimento fetal agudo e taquicardia fetal. A ecografia pré-parto mostra hidrúpsia fetal com ascite e derrame pleural. A mãe é RH +. As serologias eram negativas. O RN nasce cianosado, hipotónico, com ausência de movimentos respiratórios espontâneos e bradicárdico. Necessita de reanimação profunda e é internado na UCIN para ventilação invasiva. Ao exame objectivo confirma-se hidropsia associada a uma taquicardia (□ 300 bpm). Tratava-se de uma taquicardia, supraventricular difícil de reverter mesmo após a administração de adenosina e propanolol. A ecocardiografia mostra coração estruturalmente normal, mas

com má função contráctil. Necessita de ventilação com parâmetros cada vez mais agressivos. Tentada a reversão da taquiarritmia com amiodarona endovenosa. Na sequência da dose de carga, faz depressão miocárdica com necessidade de massagem cardíaca durante 20 min, adrenalina e dopamina. Após administração de digoxina, consegue-se às 4 horas de vida ritmo sinusal mantido. Uma hora depois, faz nova paragem cardíaca (5 min) com necessidade de massagem. Mantém-se a partir daí hemodinamicamente estável, com boa contractilidade cardíaca, apenas com um episódio de taquicardia supraventricular com resposta favorável às manobras vagais. O electrocardiograma feito posteriormente é sugestivo de Wolf-Parkinson-White. Tem alta em D23 medicado com digoxina. Actualmente, com 20 meses mantém-se sem novas crises de taquiarritmia e com boa contractilidade cardíaca. A digoxina foi suspensa aos 4 meses. Traçados electrocardiográficos e de Holter (11 meses) são normais. Apresenta atraso de desenvolvimento psico-motor ligeiro, sendo a compreensão a área mais fraca.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca; Taquicardia; Hidropsia Fetal;

PD218- Infecção congénita por CMV: manifestações clínicas, diagnóstico e follow-up

Hugo Rodrigues¹, Miguel Salgado², Sandrina Martins², Beatriz Sousa³, Emília Belo³, Virgínia Sampaio², Armando Laranjeira³

1- Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, 2- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Alto Minho, Viana do Castelo, 3- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

Introdução: A infecção por citomegalovírus (CMV) é a infecção congénita mais comum em todo o Mundo e afecta cerca de 1100 recém-nascidos (RN) todos os anos em Portugal. A maioria (90%) são assintomáticos ao nascimento, embora possam surgir diversas sequelas ao longo dos anos. Os restantes 10% podem apresentar-se de formas distintas, variando desde alterações muito subtis até disfunção orgânica múltipla e, inclusivamente, morte. Se o diagnóstico não se fizer durante a gravidez, pode ser efectuado por cultura ou PCR de urina. A serologia não é actualmente recomendada. **Caso Clínico:** Apresenta-se o caso de uma RN de termo, fruto de gestação vigiada (serologias todas negativas; CMV não foi pesquisado) com atraso do crescimento intra-uterino, sem antecedentes familiares relevantes, cujo parto foi eutócico às 38S (IA: 9/10). Em D1 de vida foi internada na UCIN por lesões equimóticas na face e corpo e sopro sistólico. Analiticamente salientava-se anemia e trombocitopenia, sem outras alterações, incluindo hemocultura e exame bacteriológico de líquor e urina. Perante a suspeita de infecção do grupo TORCH, foram efectuadas serologias para toxoplasmose e CMV, ambas IgM negativas, com positividade apenas para IgG anti-CMV. Foi realizada cultura de CMV na urina e PCR também para este agente no sangue da RN, cujos **Resultados:** foram ambos positivos. A ecografia trans-fontanelar demonstrou ventriculomegalia significativa e visualização difícil do corpo caloso, sem calcificações. Apresentou evolução clínica favorável, tendo tido alta orientada para a consulta. Actualmente, 4 anos depois, mantém vigilância na consulta de desenvolvimento por atraso psicomotor severo e epilepsia e na consulta de cardiologia, por comunicação interatrial com estenose da válvula pulmonar. **Discussão:** A infecção por CMV é frequente e deve sempre ser colocada como hipótese quando se está perante um RN sintomático. Tal como se verificou neste caso, a serologia pode ser errónea e não é actualmente recomendada para o diagnóstico. As sequelas podem ser significativas e afectar vários sistemas, pelo que geralmente requerem intervenção multi-disciplinar. Apesar de o vírus não ser directamente cardiotoxíco, as cardiopatias devem ser sistematicamente pesquisadas nestes casos. Actualmente, a pesquisa do CMV não é efectuada por rotina durante a gravidez, mas dada a gravidade das possíveis sequelas, seria de ponderar se essa prática não deveria ser recomendada.

Palavras-chave: CMV congénito; PCR; Sequelas

Área Científica - Neurologia

PD219- Distrofia miotónica congénita- Dois casos de diferente evolução

Sónia Melo Gomes¹, Helena Ramos², José Nona³, Teresa Moreno⁴, Odília Nascimento³, António Marques Valido³

1- Centro Hospitalar Caldas da Rainha, 2- Hospital Distrital de Évora, 3- Maternidade Dr. Alfredo da Costa, 5- Hospital de Santa Maria

Introdução: A Distrofia miotónica (DM) é das doenças neuromusculares hereditárias mais frequentes (incidência 1:30000), sendo a transmissão autosómica dominante com antecipação genética por expansão do trinucleótido

CTG no Cr19. A forma congénita é geralmente herdada da mãe e surge quando o número de cópias é maior do que 730. As manifestações clínicas surgem habitualmente nas primeiras horas/dias de vida, havendo também alterações sugestivas durante a gravidez. Em muitos casos a doença na mãe não é conhecida, o que dificulta o diagnóstico. **Caso Clínico1:** Gravidez de termo com história de polihidrâmnios e diminuição dos movimentos fetais. Recém-nascido (RN) masculino, AIG, IA-4/7, admitido na Unidade de cuidados Intensivos Neonatais por hipotonia marcada e hiporreflexia com necessidade de suporte ventilatório durante a primeira semana de vida. Apresentava dificuldades na sucção e facies sindrómico. Mãe tinha um facies inexpressivo e sinais de miotonia clílica, sendo o EMG positivo para distrofia miotónica. A confirmação diagnóstica no RN foi feita através de estudo de genética molecular de DNA. Verificou-se uma melhoria progressiva do tonus, sob fisioterapia. Alta clinicamente bem a D58, após aquisição de autonomia alimentar. **Caso clínico 2:** Gravidez gemelar após FIV, com polihidrâmnios e DPN de pé bato bilateral (2º gêmeo). Cesariana em trabalho de parto às 29s+5d. 2º gêmeo-RN masculino (IA-2/6, PN-1299g), hipotonia generalizada e necessidade de ventilação mecânica. A observação da mãe revelou atrofia dos músculos masseteres, interosseos e eminência tenar e miotonia clílica. Evoluiu com insuficiência respiratória grave, mantendo hipoxémia refractária. Óbito em D3 por falência multiorgânica. A referir também falecimento do 1º gêmeo noutra instituição em D1, por insuficiência respiratória. O estudo genético viria a confirmar a hipótese de DM congénita. **Conclusão:** A apresentação fenotípica da DM congénita é muito variável, estando descritas taxas de mortalidade de 17 a 41% no 1º ano de vida, geralmente por insuficiência respiratória. Para o diagnóstico correcto é essencial um elevado índice de suspeição e a observação clílica da mãe. Mesmo os casos mais leves cursam com atraso motor e do crescimento estatura-ponderal e algum grau de defice cognitivo. Muitas vezes observa-se uma melhoria quer clílica quer histopatológica ao longo do tempo, mantendo contudo quadro clínico de miopatia severa.

Palavras-chave: hipotonia neonatal, miotonia, mãe

PD220- Rombencefalite em rapaz de 8 anos

Helena Santos, Ana Luísa Leite, Cristina Costa, Fátima Santos
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A encefalite do tronco cerebral ou rombencefalite é um tipo raro de encefalite, sobretudo na infância. Pode ter uma etiologia bacteriana ou vírica, sendo o enterovírus 71 (causador da doença pé-mão-boca e herpangina), o agente frequentemente implicado. **Caso Clínico:** Rapaz de 8 anos, observado por quadro de odinofagia ligeira e adinamia, sem febre, com 2 dias de evolução. Posterior instalação de vómitos, cefaleias, alteração da marcha e ptose palpebral direita, levando-o a recorrer ao serviço de urgência. Ao exame físico apresentava normal estado de consciência, hemiparésia esquerda ligeira com face (desvio da comissura labial para a direita), ptose direita, desvio da língua para a direita e clílica de paralisia bulbar (disfagia, disartria, disfonía e diplegia facial); sem lesões cutâneas, mucosas, ou dificuldade respiratória. O líquido (LCR) tinha 9 leucócitos, com proteínas e glicose normais. A ressonância magnética nuclear (RMN) encefálica confirmou o atingimento do tronco cerebral por lesão de provável natureza infecciosa ou neoplásica. Dada a etiologia incerta da lesão iniciou aciclovir, ceftriaxone e dexametasona. No terceiro dia, a pesquisa de vírus por PCR no LCR revelou um enterovírus, e iniciou imunoglobulina endovenosa (IgIV) 1g/kg/dia - 2 bólus. Verificou-se melhoria gradual do quadro, tendo tido alta ao 10º dia de internamento, mantendo apenas discreto desvio da língua. **Discussão:** Demonstra-se a dificuldade de diagnóstico diferencial associada a uma manifestação menos frequente de encefalite. Contudo, o padrão de alterações encontradas na RMN encefálica parece ser característico da encefalite por enterovírus, não sendo encontrado noutros tipos de etiologias, nomeadamente neoplásicas, metabólicas ou traumáticas. O reconhecimento da presença de uma encefalite por enterovírus através da imagem permitiria antecipar a instituição de medidas de suporte cardio-respiratório nesta entidade potencialmente fatal.

Palavras-chave: rombencefalite, enterovirus, ptose, língua

PD221- "O meu filho deixou de falar". Um caso clínico

Sónia Melo Gomes¹, Teresa Moreno², A Levy Gomes³
1- Centro Hospitalar Caldas da Rainha, 2- Hospital Santa Maria

Introdução: A Síndrome de Landau-Kleffner (SLK) é uma forma de afasia epiléptica adquirida que afecta geralmente crianças entre os 3 e os 8 anos de idade. Caracteriza-se por regressão da linguagem de tipo agnosia verbal audi-

tiva, em crianças com discurso adequado à idade, por perturbação do comportamento, actividade epiléptica com ponta-onda contínua durante o sono e, por vezes, crises epilépticas. Esta apresentação clílica apresenta dificuldades suscitando diagnóstico diferencial com perturbações do espectro autista, podendo muitas vezes ser confundida com surdez. **Caso Clínico:** Criança do sexo masculino, 5 anos de idade, seguida em consulta de Neuropediatria desde os 4 anos por epilepsia, com crises parciais versivas (EEG inicial com foco paroxístico frontoparietal esquerdo, com pontas de tipo rolândico), medicada com valproato de sódio, com bom controlo. Posteriormente foi associada vigabatrina por aparecimento de crises aparentemente generalizadas acompanhadas de modificações no EEG (foco temporal direito com generalização homolateral e actividade paroxística abundante). O desenvolvimento psico-motor era normal para a idade até esta altura, quando iniciou regressão significativa na área da linguagem (compreensão e expressão), associada a alterações comportamentais. Realizou RMN-CE, que não revelou alterações. Assistiu-se a uma deterioração progressiva da linguagem (não compreendia diversas ordens ou pedidos e a linguagem expressiva ficou reduzida a monossílabos), bem como do comportamento, com agressividade e agitação psico-motora importante. A investigação ORL foi normal. Foi pedido vídeo EEG que mostrou actividade paroxística escassa na vigília mas muito abundante no sono sem tradução clílica, com características compatíveis com a hipótese diagnóstica colocada de SLK, também confirmada por estudo da linguagem. Decidiu-se iniciar terapêutica com corticoides, mantendo a restante medicação. **Conclusão:** O tratamento do SLK não é consensual. O uso precoce de corticoides associado aos anti-epilépticos, parece ser uma boa opção, no entanto não existem estudos randomizados que comparem a eficácia das várias terapêuticas disponíveis. A perda de linguagem no SLK pode ser transitória ou definitiva sendo imprevisível o grau de recuperação que pode ocorrer em cada caso, o que dificulta a avaliação terapêutica.

Palavras-chave: afasia epileptica adquirida

PD222- Internamentos por Ataxia nos últimos 5 anos

Filipa Neiva¹, Ricardo Maré², Henedina Antunes³
1- Hospital de S. Marcos, Serviço de Pediatria, 2- Hospital de S. Marcos, Serviço de Neurologia, 3- Hospital de S. Marcos, Serviço de Pediatria/Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Caracterizar os internamentos com diagnóstico de ataxia. Estudo retrospectivo dos internamentos pediátricos com o diagnóstico de ataxia dos últimos 5 anos. **Resultados:** Registaram-se 14 casos, 8 do sexo feminino. A mediana foi 66 meses (mínimo 16; máximo 139). A primeira observação foi nas primeiras 12 h de doença, em 3; entre as 12-24 h, 5; 24-48h, 2; entre as 48-72h 1 e 3 recorreram mais de 72 h após o início dos sintomas. Sintomas acompanhantes: 6 com febre, 1 exantema, 6 cefaleias, 6 vómitos, 1 vertigens e 2 alterações do comportamento. Tosse, rinorreia e outros sintomas inespecíficos (hipofonia, mialgias, anorexia) em 10 dos casos. Seis tinham medicação prévia (1 antihistamínico, 2 antibiótico, 1 antiviral, 1 antitússico e 1 corticóide oral). 6 com diagnóstico de infecção recente (3 IVAS, 1 otite, 1 varicela e 1 abcesso dentário), 2 com traumatismo da cabeça e pescoço recente, 4 sem antecedente recente. Nenhum com história familiar de ataxia e em 1 era um segundo episódio. Ao exame objectivo, 3 apresentavam alterações da consciência, 2 disartria, 5 dismetria, 1 hipotonia, 4 diminuição da força muscular, 4 nistagmus, 2 ROTs diminuídos e 4 alteração de outras provas cerebelosas. Estudo efectuado: 6 realizaram rastreio tóxico, em todos negativo, punção lombar em 10, virulógico do LCR negativo sempre, 1 microbiológico positivo (contaminação); 13 efectuaram estudo imagiológico, 2 TAC CE, 1 RMN CE e 10 ambos. Das TAC CE efectuadas 7 foram normais, 4 apresentaram LOE e 1 alargamento dos espaços de circulação do LCR. Das RMN efectuadas 7 foram normais, em 2 MAV e em 2 LOE; 9 realizaram outros estudos complementares, 5 serologias infecciosas e 2 EMG. Mediana de dias de internamento foi de 9 (mínimo 4; máximo 18), 3 sem tratamento, a 2 foi administrada antibioterapia, a 3 imunoglobulina, a 3 aciclovir e 3 corticoterapia e cirurgia. A recuperação foi total em 12 (85,7%), parcial em 1 e 1 não recuperou. Excluindo o caso que não recuperou, MAV inoperável, o número médio de dias de ataxia foi 13,38 (mínimo 2; máximo 60). Dois necessitaram de reinternamento, 60 e 420 dias depois. O diagnóstico final foi em 3 síndrome de Guillain-Barré, 3 LOE, 1 glioma, 3 encefalite pós-infecciosa (1 caso pós-varicela, 1 pós-EBV, 1 pós-Mycoplasma) e 1 ataxia aguda vírica. A causa mais frequente de ataxia na criança é a intoxicação medicamentosa, que não necessita de internamento, quando esta etiologia é afastada, a ataxia é um sinal de gravidade como foi demonstrado nesta revisão.

Palavras-chave: Ataxia

PD223- Atrésia das coanas e meningite pneumocócica... fístula ou algo mais?
Américo Gonçalves¹, Helena Silva², Alexandra Adams³, Jaime Rocha⁴, Eduarda Abreu²

1- Hospital de São Marcos, 2- Serviço de Pediatria- HSM, 3- Serviço de Neurocirurgia- HSJ, 4- Serviço de Neuroradiologia- HSM

Introdução: À herniação de parênquima cerebral através de um defeito ósseo no crânio dá-se a designação de encefalocelo. É uma patologia incomum, com uma incidência de 1-4 casos/10000 nados vivos. Sendo mais frequente na região occipital (75%), pode também ter uma apresentação frontoetmoidal (13-15%), parietal (10-12%) ou esfenoidal (~2%). **Caso Clínico:** Recém-nascido do sexo masculino internado ao nascimento por dificuldade respiratória com necessidade de ventilação mecânica. Por suspeita de atrésia das coanas foi observado por ORL, que confirmou o diagnóstico. Foi submetido a correcção cirúrgica. Apresentou otites de repetição com necessidade de antibioterapia e um atraso psicomotor ligeiro/moderado. Aos 11 meses de idade foi trazido ao SU por apresentar febre com cerca de 48 horas de evolução associada a prostração e recusa alimentar, tendo sido já medicado com antibiótico de largo espectro por provável otite. Ao exame objectivo apresentava-se febril, prostrado, com abaulamento da fontanela anterior, não segurando a cabeça e não se sentando sozinho. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR positiva. A punção lombar revelou pleocitose com predomínio de neutrófilos (70%) e antígenos capsulares positivos para *S. pneumoniae*. Foi pedida RMN facial e cerebral para exclusão de fístula de LCR, que revelou extenso encefalocelo nasofaríngeo. Manteve terapêutica com ceftriaxone durante 10 dias, com franca melhoria. Teve alta com cirurgia programada, mantendo vigilância em consulta externa de Pediatria e Neurocirurgia. **Discussão:** A importância deste caso clínico reside no facto de ser uma forma grave de apresentação de uma anomalia congénita incomum.

Palavras-chave: Encefalocelo; Atrésia das coanas; Meningite pneumocócica.

PD224- Encefalomielite aguda disseminada e HHV-6 : possível agente etiológico.

Américo Gonçalves¹, Pedro Belezza², Iris Maia³, Helena Silva³

1- Hospital de São Marcos, 2- Serviço de Neurologia - HSM, 3- Serviço de Pediatria - HSM

Introdução: A encefalomielite aguda disseminada (EMAD), é uma doença desmielinizante rara do sistema nervoso central que tipicamente se apresenta de forma monofásica associada a sintomas neurológicos multifocais, encefalopatia e febre. Na grande maioria dos casos é precedida por uma infecção vírica ou bacteriana. É considerada uma doença auto-imune, despertada por um estímulo ambiental (epítomos antigénicos do agente) num indivíduo geneticamente susceptível. O diagnóstico assenta essencialmente na clínica, apoiada nas alterações inflamatórias do líquido e nos achados radiológicos. **Caso Clínico:** Criança de 22 meses de idade, sexo feminino. Contacto recente com avó com herpes labial. Sem outros antecedentes de relevo. Trazida ao SU do Hospital de São Marcos por quadro de sonolência e apatia com 10 dias de evolução com agravamento progressivo. Apresentara febre apenas no 1º dia de doença, acompanhada de tosse e obstrução nasal. Ao exame objectivo apresentava apática, sem resposta verbal, hipotónica, com alterações francas da marcha e do equilíbrio e sem sinais meníngeos. Mantinha-se apirética. Analiticamente, apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR negativa. O exame do LCR revelou pleocitose (20 células/ μ L) com pesquisa de DNA positiva para HHV-6. Realizou RMN que mostrou múltiplas lesões na substância branca periventricular e subcortical bihemisférica. A doente foi tratada com aciclovir (14 dias) tendo iniciado, após o resultado da RMN, metilprednisolona (1g/dia e.v.) que manteve durante 5 dias (seguidos de desmame). A doente teve recuperação total dos défices neurológicos, não tendo sido aparentes até à data quaisquer sequelas. **Discussão:** A suspeita de EMAD colocada pela história, sugestiva de infecção viral prodromica acompanhada da clínica de encefalopatia, foi corroborada pelas alterações do líquido e achados na RMN e confirmada pela resposta aos corticóides. Existe na literatura uma associação, ainda que não totalmente esclarecida, entre o HHV-6 e doenças desmielinizantes do SNC. Esperçamos, à semelhança de outros trabalhos, a existência de uma relação entre o HHV-6 detectado e a EMAD nesta doente.

Palavras-chave:Encefalomielite aguda disseminada; HHV-6

PD225- Doença Cerebro-vascular na Idade Pediátrica – Série de 19 Casos Clínicos

Andreia Abreu Barros¹, Alberto Berenguer², Cristina Freitas², Conceição Freitas², Lucília Aveiro², Carmo Camacho³, Rui Vasconcelos⁴

1- Hospital Central do Funchal, 2- Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal, 3- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Hospital Central do Funchal, 4- Unidade de Neuropediatria, Hospital Central do Funchal

Introdução: A doença cerebro-vascular tem uma incidência variável na idade pediátrica, cerca de 2-6/100.000. Cada vez mais, é reconhecida pela sua elevada morbidade e mortalidade, encontrando-se entre as dez primeiras causas de morte na infância. Os factores de risco e etiológicos diferem entre os grupos etários, identificáveis até cerca de 75% dos casos. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo - análise descritiva, por consulta aos processos clínicos das crianças admitidas no Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal, com o diagnóstico codificado de doença cerebro-vascular, desde Janeiro de 1990 a Agosto de 2008. Foram avaliados: características demográficas, tipo de AVC (isquémico ou hemorrágico), factores de risco, etiologia, intervenções diagnósticas/terapêuticas, evolução clínica e mortalidade. **Resultados:** No período descrito, encontraram-se 17 internamentos por acidente vascular cerebral (AVC) e dois internamentos por acidente isquémico transitório (AIT). A mediana de idade foi de cinco anos, com predomínio do sexo masculino (12). As manifestações iniciais mais frequentes foram cefaleias, vômitos e hemiparésia. Três doentes apresentaram à entrada um Glasgow inferior a 12. Etiologia dos AVC hemorrágicos: malformação arteriovenosa (MAV)-6, coagulopatia-1, falência multi-orgânica por intoxicação a veneno de abelha-1 e desconhecida-1. Etiologia dos AVC isquémicos: oclusão da artéria carótida interna não embólica-1, invasão tumoral-1, cardioembólico-1, em estudo-2 e idiopáticos-3. Etiologia dos AIT: angéite primária (doença de Sturge Weber) e vasculite de origem infecciosa. A maioria dos doentes foi submetida a terapêutica anti-edema cerebral e quatro necessitaram de ventilação assistida. Sete crianças apresentaram sequelas, sendo a hemiparésia a mais frequente. Registraram-se recorrências em três crianças. A mortalidade foi de 16%. **Conclusões:** A incidência de AVC foi de 2,5/100.000 na população estudada, nos últimos três anos. O tipo mais frequente foi o AVC hemorrágico, maioritariamente causado por MAV. A heterogeneidade de etiologias torna difícil a investigação inicial de uma criança com o diagnóstico de AVC, pelo que é necessária a estratificação por grupo etário e por factores de risco.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral

PD226- Esclerose do lobo temporal mesial diagnosticada em idade pediátrica.

Pedro Guimarães¹, Ana Graça Velon¹, João Paulo Gabriel¹, Mário Rui Silva¹, Rui Chorão²

1- Hospital de Vila Real. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2- Serviço de Neuropediatria. Hospital Maria Pia. Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A Esclerose do Lobo Temporal Mesial (ELTM) é uma entidade histopatológica caracterizada por perda neuronal e gliose do hipocampo e estruturas para-hipocampais. Surge como o principal motivo de referência a cirurgia de epilepsia em adultos. Um terço dos casos tem história de crises febris prolongadas na infância. **Descrição do caso:** Rapaz internado aos 11 anos por crise epiléptica, parcial complexa com generalização secundária, ocorrida em febre. Sem outras anormalidades neurológicas, com TAC cerebral normal e sem ponto de partida infeccioso óbvio para a febre, foi submetido a punção lombar que revelou pleocitose 43/mm³ de predomínio polimorfonuclear, com normal glicose e proteinorrquia. Inicia aciclovir e ceftriaxone na presunção de meningoencefalite, aos quais responde prontamente com apiréxia. Não se obteve, contudo, comprovação etiológica de qualquer agente, viral, bacteriano ou outro. Havia sofrido, aos 2 anos e meio, convulsão febril prolongada (crise focal motora com generalização secundária) durante uma amigdalite. Evidenciou-se nessa altura actividade paroxística focal temporal esquerda, em EEG de rotina, tendo, por isso, estado medicado, durante 2 anos, com Valproato de sódio, sem recidiva e com normalização electroencefalográfica subsequente. Da investigação efectuada no referido internamento constatou-se a persistência de foco de actividade paroxística temporal esquerda e alterações na RMN encefálica traduzindo ELTM ipsilateral. Manteve crises, do tipo parcial complexo com sintomatologia do lobo temporal, afebris. Evoluiu com refractoriedade a vários antiepilépticos em doses optimizadas usados em monoterapia e associação, dos quais o valproato de sódio, o topiramato e a carbamazepina. Actualmente com 18 anos, tem uma frequência de crises semanal, sob pregabalina, topiramato e clobazam, tendo sido já referenciado a cirurgia de epilepsia. **Discussão:** Para além facto do diagnóstico ter sido feito ainda durante a infância, o caso em apreço tem também a particularidade de recapitular algumas das questões ainda em aberto sobre a etio-

patogenia desta entidade, designadamente, se a lesão resulta do efeito nocivo das convulsões febris prolongadas ou de eventuais intercorrências neuroinfecciosas sobre o hipocampo, ou se, por outro lado, representará um à priori, possivelmente genético, predisponente ao desenvolvimento convulsões febris que, pela sua recorrência, a perpetuarão.

Palavras-chave: Esclerose do lobo temporal mesial. Convulsões febris

PD227- Distrofia Muscular Congénita por Défice de Merosina – Caso Clínico

Sofia Ferreira, Mariana Pinto, Diana Gonzaga, Marta Grilo, Teresa Oliveira Hospital São Sebastião

Introdução: As Distrofias Musculares Congénitas (DMC) constituem um grupo heterogéneo de doenças neuromusculares de apresentação ao nascimento/primeiros meses de vida. A DMC por défice de merosina (DMC-DM) representa cerca de 30% das DMC, cursando habitualmente com hipotonia grave, artrogripose, impossibilidade de marcha autónoma e insuficiência respiratória variável. **Caso Clínico:** Lactente do sexo masculino, 3 meses de idade, observado na consulta externa por pés equinovarus e artrogripose dos membros inferiores, notados 6 semanas antes. Foram ainda constatadas hipotonia axial marcada, instabilidade da anca esquerda e má progressão ponderal. Dos antecedentes pessoais, de referir cirurgia abdominal materna às 11 semanas de gestação. Parto eutócico, às 38 semanas. Apgar 9/10. Antropometria ao nascimento: 3000g/49cm/34,5cm. Pais não consanguíneos, e irmão (9 anos), todos saudáveis. Pensando-se nomeadamente numa doença neuromuscular, iniciou estudo complementar de diagnóstico. O estudo analítico revelou aumento do nível sérico da CK, aldolase, DHL e transaminases. Efectuados ecografia transfontanelar, ecocardiograma, estudo metabólico e cariótipo sem alterações. A ecografia das ancas mostrou sub-luxação à esquerda. Realizada RMN cerebral (3 meses) que mostrou áreas punctiformes de deposição de resíduos hemáticos e assimetria dos ventrículos laterais, sem mais alterações. A electromiografia foi compatível com miopatia e a biópsia muscular revelou DMC-DM. O lactente foi orientado para fisioterapia em ambulatório. Internamento (1 dia) aos 10 meses por infecção respiratória, sem necessidade de oxigenioterapia. Aos 13 meses apresenta evolução estatura-ponderal estável, hipotonia global com atraso do desenvolvimento motor e melhora evidente da artrogripose. **Discussão:** Na DMC-DM, o desenvolvimento cognitivo é tipicamente normal, mas com alterações da substância branca na RMN, que podem não ser observadas até aos 6 meses. O diagnóstico é clínico e histológico (biópsia muscular/cutânea). Não existe tratamento eficaz, no entanto o diagnóstico precoce é essencial para uma melhor avaliação do curso da doença, antecipação de complicações e melhoria da qualidade de vida com fisioterapia e suporte respiratório se necessário. Uma vez que é uma patologia de transmissão autossómica recessiva, o aconselhamento genético é importante, sendo o diagnóstico pré-natal precoce possível através da biópsia das vilosidades coriônicas ou amniocentese.

Palavras-chave: Hipotonia Neonatal Distrofia Merosina

PD228- Diastematomelia: um caso clínico de Disrafismo

Rui Castelo¹, Sara Pereira², Olavo Gonçalves¹

1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Hospitais da Universidade de Coimbra

O espectro do disrafismo engloba todos os defeitos no período embrionário que ocorrem no processo de encerramento do tubo neural, que geralmente se considera completo na quarta semana pós-concepção. Na revisão da literatura, os vários estudos publicados referem o papel do ácido fólico na prevenção e reforçam a ecografia obstétrica e o doseamento de alfa-fetoprotéina como fundamentais para a detecção dos mesmos. Apesar do mielomeningocele e do meningocele constituírem as apresentações mais comuns, outras variações são possíveis. Apresentamos um caso clínico de uma criança de 5 anos, do sexo masculino, fruto de uma primeira gestação gemelar, monocoriônica biamniótica, com suspeita não confirmada de transfusão feto-fetal por assimetria de crescimento in utero, vindo a apresentar posteriormente uma Diastematomelia tipo 1. No exame objectivo apresentava uma massa lombosagrada indolor com raras manchas vinosas, sem tufo piloso ou sinus. O crescimento e o desenvolvimento psicomotor têm sido adequados à idade. Os estudos imagiológicos do neuroeixo (por ressonância magnética e tomografia computadorizada) demonstraram uma Diastematomelia tipo 1, com divisão completa da medula e saco dural em L2 com interposição de septo ósseo. Foi submetido a cirurgia correctiva aos 29 meses, com remoção do septo ósseo e reparação do saco dural. Os estudos renovesical e urodinâmico não revelaram alterações até à data, estando presente o controlo esfinteriano desde os 3

anos. O exame neurológico não revelou alterações, excepto pes cavus bilateral. Trata-se de uma apresentação rara e apesar dos achados imagiológicos iniciais serem preocupantes, verificou-se uma evolução favorável até ao momento. Reforçamos a necessidade de acompanhamento destas situações em Centros dedicados com Neuropediatria.

Palavras-chave: Disrafismo; Defeitos Tubo Neural

PD229- Jactatio capitis nocturna como diagnóstico diferencial de epilepsia.

João Paulo Gabriel, Ana Paula Santos, João Pereira, Sónia Figueiroa, João Lopes, João E P Ramalheira Hospital de Santo António. Centro Hospitalar do Porto

Introdução: As parassónias constituem-se um importante diagnóstico diferencial de epilepsia. **Descrição do Caso:** Menina com 19 meses, recentemente investigada com recurso a vídeo-EEG por suspeita de epilepsia. Trata-se de uma criança com atraso de desenvolvimento psicomotor em relação com paralisia cerebral. Referenciado que foi pelos pais a ocorrência, desde os 8 meses, de actividade motora paroxística e estereotipada, sob a forma de múltiplos abalos tónicos em flexão dos quatro membros ao adormecer, evocou-se, clinicamente, a possibilidade de espasmos em flexão e, por conseguinte, a hipótese de síndrome de West. Durante o registo poligráfico com vídeo obtido em vigília e sono, verificou-se que a criança apresentava, nos períodos de transição vigília-sono e sono lento superficial (NREM, estágio 1 e 2), movimentos rítmicos, rápidos e repetitivos de flexão lateral alternante da cabeça (head rolling), bem como de balanceio antero-posterior do tronco e membros (body-rocking), sem que se inscrevessem no traçado EEG quaisquer grafocircuitos tradutores de actividade paroxística, designadamente de crises de espasmo. Tais achados permitiram o diagnóstico da parassónia da transição vigília sono, Jactatio capitis nocturna. **Discussão:** Os movimentos rítmicos da cabeça e tronco (Jactatio capitis nocturna) representam uma parassónia da transição vigília sono, com início geralmente entre os 5 e os 11 meses, raramente familiar e ocasionalmente, associada a atraso cognitivo. É uma circunstância benigna e que raramente persiste na idade adulta. Salienta-se, a propósito do caso em apreço, esta entidade como diagnóstico diferencial de epilepsia e sublinha-se a importância do vídeo-EEG para o seu diagnóstico.

Palavras-chave:Jactatio capitis nocturna. Parassónia.

PD230- Influência da privação do sono na ocorrência de quedas em idade pediátrica – resultados preliminares do projecto

Leonor Reis Boto¹, João Nuncio Crispim², Carla Juvandes³, Isabel Saraiva de Melo³, Teresa Rodrigues⁴, Leonor Nicolau⁴, Helena Martins³, Miguel Ladeira³, Paula Azeredo³, Rosário Ferreira²

1- Hospital de Santa Maria, 2- Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria, 3- Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, 4- Laboratório de Biomatemática da Faculdade de Medicina de Lisboa

Introdução: Nos países desenvolvidos as lesões acidentais são a principal causa de morte em crianças de idade superior a um ano e adolescentes. A relação da privação de sono com a ocorrência de acidentes está documentada no adulto, mas são raros os estudos na criança. A demonstração desta associação em idade pediátrica será determinante na adopção de medidas preventivas. **Objetivos:** parciais de projecto de investigação em curso que pretende avaliar a associação entre privação de sono e risco de ocorrência de queda acidental em crianças e jovens entre um e 14 anos. **Métodos:** Elaboração e aplicação de questionário às crianças de idade ≥ 1 ano que recorreram à urgência pediátrica do Hospital Garcia de Orta por queda entre 22 de Abril e 31 de Julho de 2008. Recolha de dados relativos à demografia, patologia prévia, ingestão medicamentosa, padrão de sono diário da semana e horas de sono das 24h precedentes ao acidente, caracterização da queda, lesão resultante. Estatística: análise exploratória simples e comparativa. Análise estratificada por sexo e idade. Testes não paramétricos – Qui-quadrado ($\alpha=5\%$). **Resultados:** Aplicaram-se 635 questionários, dos quais foram analisados 576 (91%) que cumpriam todos os critérios de inclusão. Observou-se predomínio do sexo masculino (63,2%) e a média da idade foi de 6,9 anos [1-14,9]. Foi registada informação relativa ao sono em 371 indivíduos. O padrão de sono diário na semana que antecedeu o acidente foi “<8h” em 13,2%, “8-10h” em 53,8%, “>10h” em 33%. Relativamente às 24h precedentes, a duração média do sono foi de 10,2h [4-14h] e em 90,4% dos casos não foi inferior ao padrão da semana anterior. A “escola” e a “casa” foram os locais mais frequentes de ocorrência de quedas (34,1% e 33,7%, respectivamente) e 23% aconteceram

durante o fim-de-semana. Quanto ao mecanismo de queda, foi mais frequente “própria altura” (65,9%). Em 62,2% dos casos a lesão resultante foi “contusão/hematoma”. Foram internadas 1,9% das crianças. Na análise dos dados não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o sono na semana ou nas 24h anteriores ao acidente e o mecanismo de queda, tipo de lesão ou necessidade de internamento. **Conclusões:** preliminares apontam no sentido da não associação entre a privação de sono e a gravidade da queda. A conclusão do projecto permitirá reavaliar estes dados e estudar a associação entre privação de sono e risco de ocorrência de queda em idade pediátrica.

Palavras-chave: privação de sono, quedas

PD231- Paresia motora súbita, após paralisia facial periférica

Andreia Leitão¹, Sofia Fernandes Paupério¹, Maria Manuel², Álvaro Sousa¹
1- Centro Hospitalar do Médio Ave-Unidade de Santo Tirso, 2- UAG-MC, Unidade de Neuropediatria, Hospital S. João

O Síndrome Guillain-Barré (SGB) ou polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda é caracterizada por fraqueza muscular progressiva e arreflexia. Anomalias sensoriais e autonómicas são também comuns. A sintomatologia geralmente sucede a doença febril e/ou viral ou imunização, 2-4 semanas. A retenção urinária também ocorre em 10-15% das crianças. A fraqueza muscular tipicamente inicia-se nas extremidades inferiores e ascende às extremidades superiores, daí a designação paralisia flácida progressiva ascendente. Com a erradicação da poliomielite, o SGB é a causa mais comum de paralisia motora aguda nas crianças. Criança do sexo feminino, 6 anos de idade recorre ao Serviço de Urgência por paralisia facial periférica à direita tendo iniciado fisioterapia com melhoria clínica. Após cerca de 9 dias inicia paresia motora súbita, na sequência de diminuição da força muscular dos membros inferiores, com incapacidade de subir escadas e de se levantar sozinha. Sem história de vacinação ou infecção recente. Ao exame objectivo à admissão: Apirética. Exame neurológico – Marcha com base alargada, necessitando de apoio com aparente défice. Diminuição da força muscular dos membros inferiores. Reflexos osteotendinosos indespertáveis. Paralisia facial direita periférica com sinal de Bell. Dos exames complementares de diagnóstico, tendo como hipótese Síndrome Guillain Barré, destaca-se: tomografia computadorizada crânio-encefálica que não revelou alterações. A punção lombar mostrou apenas aumento das proteínas (0,71 mg/dL). O electromiograma (EMG) foi compatível com neuropatia sensitiva e motora do tipo desmielinizante. A constelação de sinais e sintomas, em conjugação com os dados do exame físico e exames complementares de diagnóstico levaram ao Síndrome Guillain-Barré. A criança foi submetida a terapêutica com imunoglobulina com boa evolução clínica. Salientamos o síndrome Guillain-Barré como causa mais comum de paralisia motora aguda nas crianças, após a erradicação da poliomielite, bem como a heterogeneidade de manifestações concomitantes ao quadro clínico mais clássico.

Palavras-chave: Síndrome Guillain-Barré, desmielinização

PD232- Síndrome de Joubert - Implicações no diagnóstico diferencial de patologia neonatal

Gustavo Queirós¹, Paulo Rego Sousa², José Pedro Vieira²
1- Hospital Dona Estefânia - CHLC-EPE, 2- Neurologia Pediátrica - Hospital Dona Estefânia - CHLC-EPE

Introdução: A síndrome de Joubert é uma doença rara, autossómica recessiva, caracterizada por malformação do cerebelo e tronco cerebral. Clinicamente manifesta-se por ataxia, movimentos oculares anómalos, hipotonia, padrão respiratório anómalo (hipernea/apneia) e atraso do desenvolvimento. O diagnóstico baseia-se em critérios clínico-imagiológico. A confirmação genética só é possível para cerca de 10% dos casos. **Objectivo:** Relembrar uma entidade rara, que se manifesta no período neonatal com sintomatologia precoce que pode colocar problemas de diagnóstico diferencial. **Caso 1:** Recém nascido sem antecedentes familiares ou perinatais relevantes com nistagmo congénito horizontal, brusco detectado no 1º dia de vida. Os meios oculares eram transparentes e não havia retinopatia. Dificuldade em avaliar o contacto visual mas os reflexos fotomotores estavam presentes (directo e consensual). Havia hipotonia axial ligeira, com reflexos osteotendinosos mantidos e não tinha outras anomalias no exame neurológico. A RMN-CE revelou malformação do cerebelo e do tronco cerebral com “sinal de dente molar” compatíveis com Síndrome de Joubert. Ecografia renal sem alterações. **Caso 2:** Recém nascido, de pais não consanguíneos, gestação sem intercorrências. Períodos de taquipneia e apneia desde o 1º dia de vida. Sem dismorfias. Rastreio de doenças metabólicas e infecciosas negativo.

Radiografia tórax, ecocardiograma, ECG, ecografia transfontanelar e EEG sem alterações. A TAC-CE foi considerada normal. O estudo polissonográfico do sono confirma a ocorrência de múltiplos períodos de hiperpneia alterando com períodos de apneia. Ao 17º dia de vida foi observado nistagmo horizontal e hipotonia axial, sem outras anomalias no exame neurológico. A RMN-CE evidenciou malformação do cerebelo e tronco cerebral, com “sinal de dente molar” compatível com Síndrome de Joubert. **Comentário:** A apresentação paucissintomática e precoce - no caso 1 como nistagmo congénito e no caso 2 como alterações do padrão respiratório - aliada à raridade desta situação, alertam para a importância de considerar esta entidade no diagnóstico diferencial destas manifestações e para o alto índice de suspeição que é necessário para o diagnóstico.

Palavras-chave: joubert molar hiperpneia nistagmo

PD233- Crises Paroxísticas Não Epilépticas- casuística de 5 anos de consulta

Vanda Bexiga, José Paulo Monteiro, Maria José Fonseca
Hospital Garcia de Orta

Introdução: As crises paroxísticas não epilépticas (CPNE) são alterações súbitas do comportamento, cuja fisiopatologia não é explicada por alteração da actividade eléctrica cerebral, mas sim por mecanismos distintos (estimulação vagal, anóxia cerebral, alteração metabólica, etc). São muitas vezes confundidos como crises epilépticas, sendo mais frequentes que estas e podendo-se observar em cerca de 10% das crianças. **Objectivos:** Determinar a frequência, natureza, características e dificuldades de diagnóstico de CPNE. **Métodos:** Estudo retrospectivo da análise de processos clínicos das Primeiras Consultas de Neuropediatria e Convulsões no período de 2001 a 2005, com diagnóstico de crise paroxística não epiléptica. Foram avaliados: idade, sexo, tipo de evento, desenvolvimento psico-motor, exame neurológico, exames complementares e terapêutica efectuada. **Resultados:** Num total de 1273 primeiras consultas, encontraram-se 123 crianças (9,6% do total) referenciadas à consulta de Neuropediatria/ Convulsões. Os episódios foram inicialmente diagnosticados como convulsão (54%), CPNE (23%) lipotímia (18%) convulsão febril (3%). Das crianças estudadas, 79% já tinham realizado EEG, 26% exames imagiológicos e 4,8% vinham já medicados com anticonvulsivantes. Os principais diagnósticos finais foram a lipotímia/síncope (57,7%) espasmos do soluço (25%) e mioclonias benignas do lactente (3,2%). **Conclusão:** O diagnóstico erróneo de epilepsia é comum, pelo que é fundamental uma anamnese exaustiva e detalhada. A distinção entre os vários tipos de crises paroxísticas pode ser difícil. Os exames complementares de diagnóstico são de pouca utilidade. Frequentemente existem episódios em que não é possível de imediato classificar o evento, pelo que a observação seriada e o estabelecimento de uma relação de confiança com a família são aspectos fundamentais. É importante tranquilizar os pais, pois são situações desencadeantes de ansiedade e limitações da vida quotidiana.

Palavras-chave: Epilepsia, Casuística

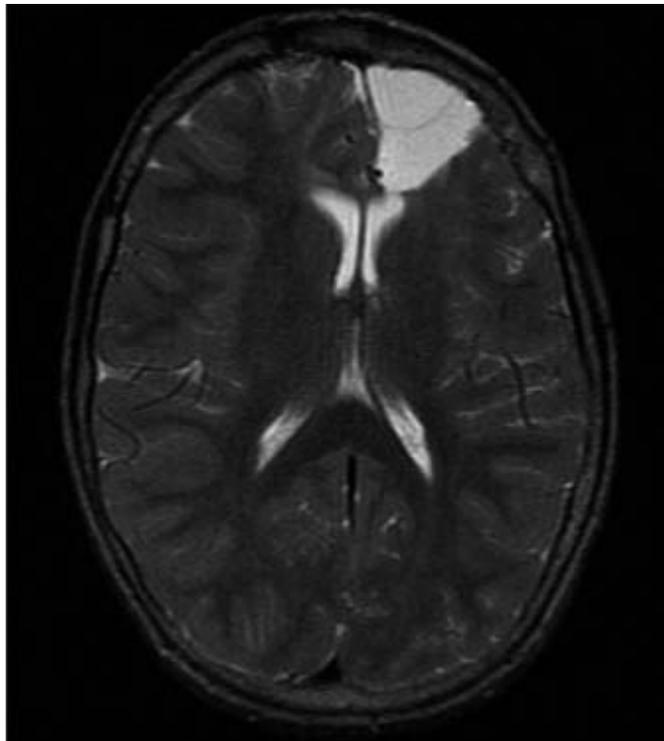
PD234- Epilepsia Frontal pós-meningite pneumocócica - 3 casos clínicos

Carla Laranjeira¹, Soraia Tomé², Sónia Figueiroa², Teresa Temudo²
1- Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães, 2- Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António

Introdução: O tratamento cirúrgico da epilepsia tem como objectivo o controlo de crises epilépticas com mínima ou nenhuma repercussão funcional. As suas indicações são reservadas a epilepsias farmacorresistentes com crises com início focal, presença de lesão cerebral focal directamente relacionada com os quadros ictais e sem representação em funções “nobres”, tratamento farmacológico com efeitos laterais “inaceitáveis”, baixa probabilidade de remissão e desejo e colaboração da família/criança. **Casos Clínicos:** Os autores apresentam 3 casos de crianças de 9, 6 e 4 anos de idade com antecedentes de meningite pneumocócica nos primeiros 2 anos de vida, que desenvolveram Epilepsias com crises focais (frontais) refractárias à terapêutica farmacológica, atraso mental moderado e alterações do comportamento. Todos apresentavam lesões isquémicas frontais sequelares. Num dos casos, optou-se pela ressecção cirúrgica parcial do lobo frontal esquerdo, apesar da doente apresentar lesões frontais bilaterais e ter dois focos epileptogéneos independentes. Obteve-se controlo total das crises e melhoria franca do comportamento e das capacidades de aprendizagem. **Discussão:** O sucesso da cirurgia no tratamento da epilepsia depende da criteriosa selecção dos candidatos. A presença de lesões cerebrais bilaterais dando origem a descargas epileptogéneas não deve ser encarada à partida como critério de exclusão de

cirurgia de epilepsia, se um dos focos epileptogêneos for o predominante e originário da maioria das crises epiléticas. Pensamos que este grupo de doentes com epilepsias refractárias secundárias a lesões sequelares frontais de meningite pneumocócica pode constituir um grupo com especial benefício neste tratamento.

Palavras-chave: Epilepsia Frontal, Pós-meningite, Pneumococos



PD235- Acidente Vascular Cerebral em criança: apresentação de um caso clínico

Ana Margarida Costa¹, João Paulo Gabriel², Cristina Cândido³, António Pereira³, Mário Rui Silva², Fátima Dias³

1- Hospital de Vila Real, CHTMAD,EPE, 2- Serviço de Neurologia, Hospital de Vila Real, 3- Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Real

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) na idade pediátrica tem uma incidência de 2-3/100000 crianças. As causas de AVC pediátrico são identificáveis em até 75% casos. **Descrição do caso:** Rapaz de 9 anos, previamente saudável e sem antecedentes familiares relevantes, admitido ao Serviço de Urgência por um quadro súbito de cefaleia hemcraniana direita, prostração e vômitos, iniciado horas antes. Os pais negavam história de trauma cranio-cervical recente. Apresentava-se sonolento, com hemiparésia esquerda, de predomínio braquiofacial, sem sinais meníngeos e sem outra evidência clínica de disfunção neurológica ou sistémica. A avaliação inicial por TAC cerebral e estudo analítico não revelou quaisquer anormalidades. Uma hora e meia depois recupera a vigília e melhora do défice motor. Submetido a Angio-RMN encefálica, constata-se a existência de enfarte extenso em território cortical da área da artéria cerebral média direita e oclusão da carótida interna homolateral, cujo estudo por Angio-RMN dos troncos supra-aórticos, haveria de revelar resultante de dissecção extracraniana. Não tendo sido identificada causa predisponente à ocorrência de dissecção carotídea espontânea, inquiriu-se novamente os pais que, após insistência, recuperaram um episódio de queda em altitude de cerca de 2 metros ocorrida 1-2 semanas antes, da qual não resultaram sintomas no imediato e que, por isso, não havia sido valorizada. Melhora paulatinamente e ao 6º dia de internamento apresentava apenas discreta parésia facial central direita. Verificou-se também tratar-se de um criança com perturbação de hiperactividade com défice de atenção, tendo sido medicado com risperidona. Por esse motivo foi decidido não hipocoagular e instituir, em alternativa, antiagregação plaquetária com aspirina. Não houve recidiva ou agravamento, volvido que foi um ano após o evento, tendo sido comprovada reperfusão vascular. **Discussão:** A dissecção traumática do segmento cervical da artéria carótida interna ocorre como resultado de lesões penetrantes ou trauma abrupto, além de manipulações cervicais diversas. Sintomas e sinais de enfarte podem-se

desenvolver dentro de horas a anos após as lesões traumáticas, levando a atrasos do diagnóstico. Perante um estudo etiológico e de doenças predisponentes negativo, a dissecção da artéria carótida interna poderá estar relacionada com o trauma cervical.

Palavras-chave: AVC, dissecção carótida, hemiparesia

PD236- Será tosse, ou será tique?

Vanessa Mendonça¹, João Neves¹, Paulo Teixeira¹, Felisbela Rocha¹, Teresa Temudo², Sónia Figueiroa², Paula Fonseca¹

1- Centro Hospitalar do Médio Ave - Famalicão, 2- Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António

A tosse é um dos sintomas mais frequentes em idade pediátrica, na maioria dos casos infecciosa ou alérgica. Quando é persistente, não responde às terapêuticas habituais e cessa com o sono, a possibilidade de se tratar de um tique ou de ter uma etiologia psicogénica deve ser tida em consideração. Um reconhecimento atempado evita exames complementares desnecessários e terapêuticas inadequadas. Descreve-se o caso de um adolescente do sexo masculino, 15 anos de idade, admitido no nosso Serviço de Urgência por tosse estridulosa persistente, sem outras queixas, nomeadamente febre. De referir internamento dois meses antes, noutra hospital, pelo mesmo motivo. Na altura foi submetido a vários exames complementares de diagnóstico, incluindo tomografia axial computadorizada torácica e broncofibroscopia, e a diversas terapêuticas farmacológicas, sem melhoria clínica. Resolução espontânea das queixas 2 semanas depois, mantendo-se assintomático até ao actual internamento. Na admissão: acessos de tosse canina em salvas, incessantes, acompanhadas pela flexão cervical e colocação da mão à frente da boca. Impressionava pela indiferença face à exuberância do quadro e cansaço associado. Cessação completa dos episódios durante o sono e exacerbação quando presenciados. Exame neurológico normal; rastreio infeccioso e imunoalergológico negativos. Perante a suspeita de se tratar de um tic vocal referenciou-se à consulta de Neuropediatria que confirmou esta suspeita clínica. Foi medicado com risperidona e verificou-se melhoria e remissão dos tiques uma semana depois. Desde então, sem medicação e sem sintomas há 5 meses. O presente caso, ilustrado em vídeo, constitui um desafio no diagnóstico diferencial de tosse, pelo que os autores enfatizam o elevado índice de suspeição necessário para a identificação atempada de um tique vocal cujo impacto se reflecte na diminuição da morbidade associada às terapêuticas e exames complementares desnecessários e invasivos a que estes doentes são frequentemente submetidos.

Palavras-chave: Tique, tosse

PD237- Epilepsia de difícil controlo na criança: a cirurgia pode ser uma opção

Andrea Dias¹, Catarina Cruto², Arminda Jorge³, M^a Luiza Rosado², Nuno Pinto², Carlos Rodrigues³, Pedro Rosado²

1- Centro Hospitalar da Cova da Beira, 2- Serviço de Neurologia, 3- Serviço de Pediatria

Introdução: O desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança com epilepsia está dependente da eficácia e precocidade do tratamento instituído. O controlo da doença nem sempre se revela fácil, obrigando a considerar diferentes opções terapêuticas. **Caso Clínico:** Descreve-se o caso clínico de uma criança do sexo feminino, fruto de gravidez gemelar vigiada. Parto eutócico de termo, com boa adaptação à vida extra-uterina de ambos os gémeos, sem intercorrências no período neonatal. Pelos cinco anos e meio inicia episódios repetidos e quase diários de movimentos clónicos do membro superior direito, precedidos de olhar fixo, agitação e choro, com esporádico desvio ipsilateral da cabeça. Ao exame neurológico, apresentava na prova de Barré assimetria da postura da mão direita, sem outros sinais focais. Realizou EEG que revelou ligeira assimetria da actividade alfa por menor amplitude à esquerda. Foi medicada com valproato de sódio mas manteve crises frequentes. Pelos 7 anos de idade associou crises nocturnas e alterações do comportamento, com fobias, crises de pânico, ansiedade e desinteresse escolar. Repetiu EEG com prova de sono que mostrou escassa actividade paroxística focal central temporal esquerda, exclusivamente durante o sono. Em RMN-CE foi evidenciada pequena formação nodular no sulco pré-central esquerdo compatível com foco de displasia cortical. Foram instituídos vários regimes terapêuticos, sem sucesso, apresentando apenas resposta parcial a altas doses de valproato, carbamazepina e levetiracetam. Foi proposta para avaliação em Centro de Cirurgia de Epilepsia. Realizou RMN-CE com reconstrução tridimensional que demonstrou heterotopia subcortical da subs-

tância cinzenta de localização frontal pré-rolândica esquerda. Foi submetida a exérese cirúrgica da lesão epileptogénica aos 8 anos. Mantém terapêutica anti-epiléptica, sem evidência de crises, 2 meses após cirurgia. **Discussão:** A cirurgia da epilepsia na criança é hoje uma realidade, constituindo uma opção terapêutica nas situações de difícil controlo. A selecção dos pacientes impõe-se criteriosa, implicando uma avaliação multidisciplinar, assumindo particular importância as técnicas imagiológicas.

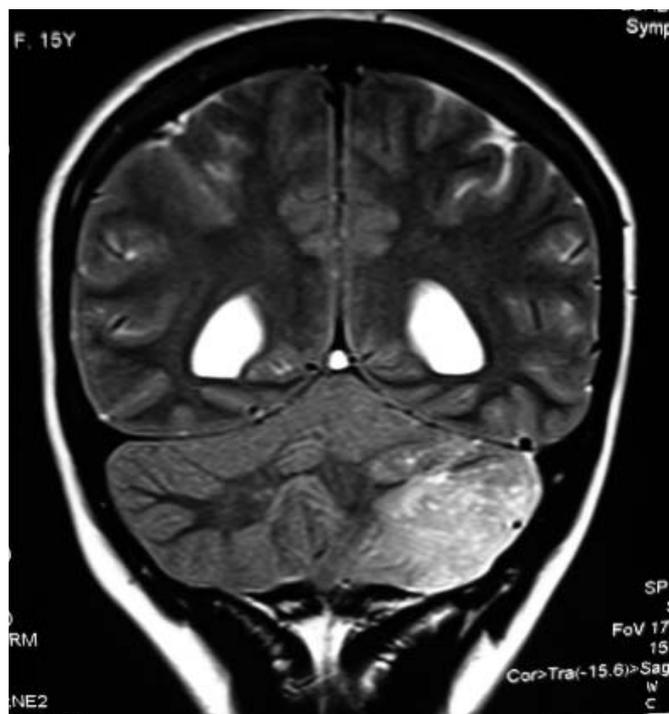
Palavras-chave: epilepsia de difícil controlo, displasia cortical, cirurgia da epilepsia

PD238- Hemicerebelite Aguda Pseudotumoral

Inês Sousa¹, Rita Belo Moraes¹, Rui Guerreiro², José Carlos Ferreira¹, Conceição Marques², Maria João Leiria¹, Arlindo Aidos¹
1- Hospital S. Francisco Xavier - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, 2- Hospital Egas Moniz - CHLO

Introdução: A hemicerebelite aguda é uma patologia rara na idade pediátrica podendo simular uma massa tumoral. **Caso Clínico:** Adolescente de 15 anos previamente saudável, internada por cefaleias refractárias e vômitos com quatro dias de evolução. Sem contexto epidemiológico de infecção ou história de doença, vacinação ou consumo de tóxicos recentes. Não revelava sinais neurológicos focais, tendo fundoscopia normal mas rigidez terminal da nuca. O estudo imagiológico por TC revelou compressão do quarto ventrículo, e por RM detectou-se lesão com hipersinal em T2, sem captação de contraste, de limites imprecisos, não nodular, no hemisfério cerebeloso esquerdo, sugestiva de cerebelite com efeito de massa. Na ausência de resposta clínica à dexametasona, foi submetida a craniotomia para descompressão ventricular com simultânea biópsia lesional. Considerando-se a hipótese de vírus herpes ou mycoplasma instituiu-se terapêutica com aciclovir (11 dias) e ciprofloxacina (14 dias), além de dexametasona (11 dias). O exame histológico revelou processo inflamatório meningo-encefalítico de provável etiologia viral. Não foi identificado o agente etiológico. Teve uma boa evolução no pós-operatório com resolução total dos sintomas, tendo alta sem sequelas neurológicas. **Discussão:** A cerebelite aguda em idade pediátrica é geralmente bilateral. Dos oito casos de hemicerebelite referidos na literatura, apenas dois não apresentavam sinais neurológicos focais, à semelhança do que descrevemos. Não é clara a fisiopatologia desta afecção unilateral, havendo descrições de contexto infeccioso prévio, ausente nesta adolescente. A etiologia mantém-se por definir. A TC foi útil para detecção de hidrocefalia, mas dada a dificuldade na avaliação da fossa posterior, pelo pior contraste, a RM foi imprescindível na caracterização da lesão do cerebelo e exclusão de massa tumoral. Apesar de se esperar uma evolução benigna e auto-limitada, na ausência de resposta à dexametasona, a cirurgia tornou-se crucial para a resolução sintomática.

Palavras-chave: Hemicerebelite, Pseudotumoral, Hidrocefalia



PD239- Cefaleias no Serviço de Urgência numa população pediátrica

Teresa Almeida Campos¹, Conceição Alves², Manuel Oliveira¹, Ana Paula Fernandes¹

1- Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães, 2- Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho – Braga

Introdução: As cefaleias têm uma prevalência elevada mas variável em idade pediátrica (57 a 82% das crianças entre os 7 e os 12 anos). Representam 2% dos motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrico (SUP) e, embora a maioria das cefaleias agudas seja benigna e auto-limitada, podem ser sinal de patologia grave. A sua abordagem no SUP através de uma história clínica e exame neurológico minuciosos são fundamentais. Os exames complementares, nomeadamente a neuroimagem, devem ser pedidos mediante a gravidade da suspeita clínica. **Objectivos:** Os autores pretendem, com este estudo, caracterizar e comparar os dados epidemiológicos, os exames complementares de diagnóstico, a evolução clínica e a terapêutica de uma população pediátrica portuguesa que recorre ao SUP tendo por queixa principal cefaleia. **Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes, com idades entre os 2 e os 14 anos, que recorreram ao SUP de um hospital distrital, durante o período de um ano, com cefaleia como principal sintoma. **Resultados:** Foram analisados 179 episódios de urgência (0,95%). Faixa etária dos 6 aos 12 anos em 56% dos casos. Não se verificou diferença entre os sexos. As cefaleias foram secundárias em 70%, das quais 58% por infecções respiratórias. As cefaleias primárias foram classificadas como enxaqueca em 41% dos casos. Verificou-se que nas cefaleias primárias o padrão agudo recorrente era o mais frequente (66%), enquanto 94% das cefaleias secundárias foram agudas sem recorrência. Em 16 doentes (9%) foi realizada neuroimagem, embora em quatro destes não tivessem sido detectados sinais de alarme. Das crianças com cefaleias primárias 52% foram submetidas a exames complementares de diagnóstico. Para o tratamento agudo no SUP, o paracetamol foi o fármaco mais utilizado (60%). Os doentes com cefaleias primárias regressaram em 31% dos casos ao SUP nas 72h após a alta clínica. **Conclusões:** Os autores verificaram semelhança estatística na frequência dos episódios de urgência, na classificação etiológica e na distribuição por idade e sexo, em relação a estudos análogos. A elevada requisição de exames complementares nas cefaleias primárias demonstra a dificuldade de diagnóstico diferencial e reforça a importância de uma abordagem clínica mais criteriosa. Com base na elevada recorrência precoce ao SUP após a alta clínica, este estudo evidencia também a necessidade de melhorar as medidas terapêuticas e profiláticas para o ambulatório, no que se refere às cefaleias primárias.

Palavras-chave: Cefaleias, Urgência, Neuroimagem

PD240- Estimulação Palidal Bilateral em criança com distonia generalizada

Fernando Tapadinhas¹, Maria José Rosas², Rui Vaz², Yens Volkmann², Eulália Calado¹

1- Hospital de D. Estefânia, 2- Hospital de S. João

A distonia na criança é uma situação rara, mas quando presente é habitualmente incapacitante e resistente à terapêutica farmacológica. Nos últimos anos já foram submetidas a estimulação cerebral profunda várias crianças portuguesas com distonias graves, realizando-se este tipo de intervenção em centro de referência em França. Apresentamos o primeiro caso numa criança com distonia generalizada e progressiva, operada no nosso país. Rapaz de 10 anos, sem antecedentes familiares relevantes, história de parto de termo e sofrimento fetal, I. Apgar de 3/5 e convulsões ao 2º dia de vida. Desenvolvimento psicomotor considerado normal até aos 3 anos, altura em que surge distonia do membro inferior esquerdo. Aos 5 anos iniciou seguimento na consulta de Neuropediatria, já apresentando distonia dos dois membros inferiores. Apesar da terapêutica múltipla instituída (levodopa, baclofeno, carbamazepina, levetiracetam, lorazepam, trihexifenidilo e tetrabenazina), a distonia generalizou-se, com perda da marcha aos 7 anos, disartria e hipofonia. No último ano a dependência era total, com grandes dificuldades na deglutição. Na investigação etiológica realizada, refira-se RMN encefálica sem alterações, estudo metabólico inconclusivo (lactato, piruvato, amónia, cromatografia dos aminoácidos e ácidos orgânicos, estudo dos neurotransmissores e do metabolismo do cobre) e estudo genético para DYT1 (sem mutações). Perante a falência terapêutica e vários internamentos por status dystonicus, a criança foi proposta para cirurgia de estimulação cerebral profunda, sendo a sua deslocação ao estrangeiro comprometida por uma situação familiar desfavorável. Esta cirurgia acabou por ser realizada em Maio de 2008 no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. João no Porto, após avaliação multidisciplinar pela equipa de Cirurgia Funcional de Doenças do Movimento, com

melhoria gradual desde o pós-operatório imediato. Actualmente já faz uso das mãos para se alimentar, desloca a cadeira de rodas e o discurso voltou a ser compreensível. Os recentes avanços registados por algumas equipas neurocirúrgicas no tratamento cirúrgico das doenças do movimento no adulto, nomeadamente na doença de Parkinson, podem ser extrapolados para o tratamento da distonia na criança, após cuidadosa avaliação das indicações operatórias. Este caso é paradigmático das vantagens que podem advir da colaboração entre especialidades pediátricas e de adultos em patologias complexas, que exigem recursos inovadores.

Palavras-chave: distonia, estimulação palidal, criança

PD241- Trombose dos seios venosos intracranianos - controvérsias

M^a Céu Espinheira, Sofia Ferreira, Ricardo Araújo
Hospital São Sebastião

Introdução: A trombose dos seios venosos é uma complicação rara da otite média e que tem diminuído de incidência na era antibiótica. A diversidade da apresentação clínica torna a suspeita clínica fundamental para o seu diagnóstico e decisão terapêutica, a qual persiste controversa quanto à eficácia da antibioterapia, corticoterapia e hipocoagulação. **Casos Clínicos:** 1) Criança de 4 anos, sexo masculino, com quadro de estrabismo (endotropia) após otite média aguda direita 3 semanas antes, refractária a 2 ciclos de antibioterapia. Apresentava bom estado geral, limitação da abdução ocular e papiledema bilaterais; sem outras alterações ao exame neurológico e otológico. Os exames complementares revelaram parâmetros de inflamação ligeiramente elevados. A RMN cerebral evidenciou trombose do seio venoso lateral direito em relação com processo inflamatório otomastoideu ipsilateral. O estudo protrombótico foi normal e a pressão de abertura do LCR elevada. Iniciou ceftriaxona, acetazolamida e prednisolona, com melhoria progressiva do papiledema e do estrabismo a partir do 5^o dia de tratamento e resolução aos 3 meses. 2) Adolescente de 14 anos, sexo masculino, com quadro progressivo de episódios transitórios de visão turva/amaurose e fotópsias com 3 meses de evolução. Referência a otite média direita 6 meses antes e zumbidos ocasionais desde então. Apresentava papiledema bilateral com restante exame neurológico normal, otosclerose e ligeiro rubor timpânico à direita. A RMN cerebral revelou trombose venosa dos seios laterais (predomínio à direita) e recto, com opacificação das células mastoideas à direita. A punção lombar mostrou pressão de abertura do LCR elevada e o estudo protrombótico foi normal. Desenvolveu cefaleias e sonolência discretas, mas já sob terapêutica com acetazolamida e acenocumarol. Observada melhoria progressiva, com resolução do quadro em 6 meses. **Discussão:** A terapêutica da trombose dos seios venosos encerra ainda algumas controvérsias. A antibioterapia é consensual na fase aguda do processo de otomastoidite, embora seja controversa a sua eficácia nas situações sem processo infeccioso evidente. A hipocoagulação não merece consenso na ausência de estados protrombóticos, sendo o seu uso habitualmente reservado para situações com evidência de propagação do trombo, fenómenos embólicos ou alterações do exame neurológico. Não existem estudos fidedignos acerca do benefício da corticoterapia.

Palavras-chave: Otite, papiledema, trombose, hipocoagulação

PD242- Lesch-Nyhan – a propósito de um caso clínico

Cecília Martins¹, António Pereira², Rui Chorão¹, Inês Carrilho¹
1- CHP - Unidade Maria Pia, 2- Hospital de Vila Real

Introdução: A síndrome de Lesch-Nyhan tem carácter AR ligado ao X e deve-se a mutações no gene que codifica a enzima hipoxantina-guanina fosforibosiltransferase (HPRT), fundamental para a reciclagem das bases de purina. Uma deficiência da sua actividade leva a excesso de produção de ácido úrico. A tríada clássica envolve hiperuricemia, manifestações neurológicas e alterações comportamentais e depende do grau de défice enzimático. Habitualmente o diagnóstico faz-se depois do primeiro ano de vida pelas manifestações neurológicas extra-piramidais. As complicações relacionadas com a hiperuricemia são universais se não se instituir terapêutica precocemente. Apresenta-se um caso clínico de défice enzimático completo, diagnosticado no primeiro ano de vida. **Caso Clínico:** Criança do sexo masculino actualmente com 2 anos de idade, orientada para consulta de Neuropediatria aos 9 meses, por atraso do desenvolvimento psicomotor, evidenciado aos 6 meses. Primeiro filho de casal jovem, não consanguíneo, sem antecedentes de relevo. À observação não cumpria etapas de desenvolvimento da área da motricidade e o exame neurológico mostrava hipotonia axial e distonia generalizada de predomínio na acção. A investigação inicial no hospital da área: hemograma, glicose, ureia, creatinina, ionograma e estudo metabólico (amó-

nia, lactato, piruvato, aminoácidos séricos e ácidos orgânicos urinários) não revelou alterações e a ressonância magnética cerebral mostrou um alargamento dos espaços de circulação de líquido. Aos 11 meses foi internado para completar a investigação e foi detectada hiperuricemia com aumento da sua excreção urinária. Dado o contexto clínico suspeitou-se de doença de Lesch-Nyhan, que se confirmou pela ausência de actividade enzimática da HPRT nos eritrócitos. **Conclusão:** O doseamento do ácido úrico sérico e urinário deve fazer parte da investigação do atraso psicomotor no primeiro ano de vida. O seu aumento poderá orientar para a detecção precoce do défice enzimático, permitindo iniciar tratamento e prevenir as complicações da hiperuricemia. O diagnóstico pré-natal é possível através da determinação da actividade enzimática da HPRT e estudo molecular nas células amnióticas.

Palavras-chave: Hiperuricemia, Lesch-Nyhan

PD243- Atrofia Muscular Espinhal: Persistência no Diagnóstico

Vanessa Portugal¹, Lia Rodrigues¹, Luisa Araujo¹, Margarida Pontes¹, Sonia Figueiroa², Sandra Ramos¹

1- Centro Hospitalar Povoas de Varzim/ Vila Conde, 2- Hospital Geral Santo António

A atrofia muscular espinhal (AME) infantil é uma doença neuromuscular hereditária de transmissão autossómica recessiva, afectando 1 em cada 6000 a 10.000 nascimentos. É causada pela degenerescência do segundo neurónio motor dos cornos anteriores da medula espinhal. Clinicamente divide-se em três tipos principais de acordo com a idade em que se manifesta. Nesta doença estão envolvidos dois genes SMN1 e 2, ambos presentes em 5q13. A deleção em homozigotia dos exões 7 e 8 de SMN1 é responsável por 95 a 98% dos casos, sendo que os restantes 2 a 5% são heterozigotos compostos (deleção de um alelo e mutação pontual do outro alelo). L.A.C, sexo masculino, raça branca orientado aos nove meses de idade para a consulta de desenvolvimento pelo médico assistente por hipotonia. Sem história familiar de doenças musculares conhecidas e sem consanguinidade. Antecedentes obstétricos e perinatais irrelevantes. Noção de fraqueza muscular, choro fraco e escassas aquisições motoras (nunca teve controlo cefálico). Bom contacto social. Sem dificuldades alimentares aparentes, embora ligeira desaceleração ponderal após os 5 meses. Evolução regular do PC. Ao exame objectivo apresentava-se sorridente, sem dismorfias, com bom contacto visual, choro fraco e discreto estridor inspiratório; fasciculações da língua; hipotonia major, flacidez/ atrofia muscular generalizada, simétrica, de predomínio proximal e dos membros inferiores com postura dos mesmos em batráquio (paralisia muscular proximal), sem deformidades das extremidades; reflexos osteo-tendinosos ausentes. Do estudo efectuado salienta-se: estudo analítico alargado incluindo CK, normal, teleradiografia torácica sem cardiomegalia, com horizontalização das costelas e tórax “em sino”. O estudo metabólico e cariótipo com bandas de alta resolução foram normais. Foi pedida pesquisa de mutação para atrofia espinhal infantil, tendo-se obtido um resultado negativo para o estudo de nível 1 (rastreamento de deleção SMN em homozigotia). Dada a forte suspeita clínica, avançou-se para o estudo nível 2, que confirmou a presença de uma única cópia de SMN 1 com mutação pontual em heterozigotia. A família foi orientada para aconselhamento genético. O diagnóstico da AME é fundamental dada a morbilidade/ mortalidade que lhe estão associadas e possibilidade de diagnóstico pré-natal. A investigação genética deverá ser realizada em crianças com suspeição clínica elevada e um resultado negativo inicial não exclui o diagnóstico.

Palavras-chave: Atrofia muscular espinhal infantil



PD244- Síndrome Hemiconvulsão-Hemiplegia-Epilepsia

Ana Luísa Leite, João Neves, Marta Vila Real, Susana Aires Pereira, Fátima Santos
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: O Síndrome Hemiconvulsão-Hemiplegia-Epilepsia (HHE) é uma seqüela rara do estado de mal epiléptico, caracterizado pela ocorrência de uma crise convulsiva focal prolongada, no decurso de um episódio febril, seguido da instalação de hemiplegia, em crianças de idade inferior aos 4 anos. Posteriormente, nas formas completas do síndrome, surge uma epilepsia parcial de foco geralmente temporal. **Caso Clínico:** Criança do sexo feminino, seguida em consulta de desenvolvimento, com diagnóstico de provável citopatologia mitocondrial. Antecedentes de múltiplas convulsões focais em contexto febril, com parésia pós-crítica de curta duração. Medicada com valproato de sódio e topiramato desde os 17 meses. Aos 34 meses, em contexto de infecção respiratória febril, foi encontrada durante o sono em crise focal do hemisfério esquerdo. A crise cedeu com a administração de 5 mg de diazepam rectal. Apresentou hemiparésia esquerda pós-crítica, que evoluiu para hemiplegia ao 3º dia. A TC cerebral foi normal; ao 5º dia de doença a angio-RMN cerebral evidenciou “hipersinal difuso do hemisfério cerebral direito, ao nível do córtex, substância branca subcortical e tálamo, sem demarcação de territórios vasculares”. O EEG revelou “atividade paroxística temporo-parietal direita em sono”. Analiticamente não apresentava alterações relevantes e a cultura de LCR e hemocultura foram estéreis. O estudo metabólico foi inconclusivo e o estudo molecular para MELAS e CDT's foi negativo. Durante o internamento iniciou fisioterapia diária, melhorando gradualmente a força muscular. Três meses depois, a RMN cerebral revelou “atrofia do hemisfério cerebral direito e hipersinal cortico-subcortical em T2 ao nível do lobo temporal direito e hipocampo”. Após 15 meses, apresenta hemiparésia sobretudo distal do membro superior, com marcha possível. **Comentários:** Com o relato deste caso os autores evidenciam uma entidade actualmente rara, dada a precocidade do tratamento das crises convulsivas. Contudo, alertam para o risco de sequelas graves após o estado de mal convulsivo. A RMN cerebral é o exame imagiológico cerebral de eleição dado revelar precocemente a presença de edema citotóxico unilateral, permitindo uma orientação diagnóstica precoce.

Palavras-chave: Síndrome Hemiconvulsão-Hemiplegia-Epilepsia; Estado de Mal Epiléptico

PD245- Encefalite com nevrite óptica bilateral e infecção por adenovírus

Miguel Costa¹, Manuela Costa Alves², João Cerqueira³, Esmeralda Lourenço³, Henedina Antunes⁴
1- Hospital de S. Marcos - Braga, 2- Serviço de Pediatria, Hospital de S. Marcos - Braga, 3- Serviço de Neurologia, Hospital de S. Marcos - Braga, 4- Serviço de Pediatria, Hospital de S. Marcos - Braga; Escola de Ciências da Saúde - Universidade do Minho

Introdução: A nevrite óptica nas crianças é mais frequentemente bilateral, com atingimento severo da acuidade visual mas de curso clínico habitualmente benigno. A etiologia é infecciosa ou para-infecciosa na maior parte dos casos. Estão descritas associações entre nevrite óptica bilateral e infecção por sarampo, varicela, herpes simplex tipo 1, herpes humano tipo 6, adenovirus, vírus da papeira e mycoplasma pneumoniae. Muitos destes agentes infecciosos estão também associados a encefalite. Contudo, a coexistência de encefalite com nevrite óptica bilateral é rara. Apresentamos um caso de encefalite e nevrite óptica bilateral associadas a infecção por adenovírus. **Caso Clínico:** Criança de 8 anos, do sexo feminino. Queixas de diminuição da acuidade visual bilateral e lacrimejo com 3 dias de evolução. Gastroenterite aguda 2 semanas antes. Apresentava-se prostrada e subfebril. Acuidade visual <1/10 bilateralmente com evidência de papilite bilateral, sem outras alterações ao exame neurológico. Antecedentes pessoais de Síndrome de Stevens-Johnson por infecção por mycoplasma pneumoniae aos 3 anos. Antecedentes familiares irrelevantes. Efectuou ressonância magnética cerebral (RM) que revelou nervos ópticos tumefactos, com captação de contraste, e envolvimento do para-hipocampo esquerdo por lesão cortico-subcortical de características inflamatórias. A punção lombar revelou pressão de abertura normal e LCR com 150cél/uL (75% linfócitos) e glicose e proteínas normais. A pesquisa de vírus (PCR para HSV1, HSV2, EBV, CMV, VZV, HHV6, enterovírus) no LCR foi negativa, mas no sangue encontrou-se evidência de infecção recente por adenovírus (IgM e IgG positivo). Fez tratamento com aciclovir durante 12 dias, metilprednisolona durante 5 dias e depois prednisolona oral em regime de desmame durante 1 mês. Após 1 mês de terapêutica a acuidade visual era de 10/10 no olho direito e 8/10 no esquerdo e a RM revelou resolução

imagiológica. Dois meses depois a doente estava assintomática e recuperou completamente a acuidade visual. **Discussão:** Apesar da apresentação clínico-imagiológica exuberante, houve evolução clínica favorável, sendo ainda de salientar a ausência de manifestações clínicas atribuíveis ao envolvimento do para-hipocampo esquerdo, observado na RM. O adenovírus é o agente etiológico mais provável não só pela serologia de infecção recente, mas também devido à associação temporal entre a sua apresentação clínica clássica e o início do quadro neurológico.

Palavras-chave: Encefalite; Nevrite Óptica; Adenovírus

PD246- Doenças desmielinizantes do SNC - Estudo retrospectivo de 15 anos

Carmen Costa¹, Marta Parada², Mónica Vasconcelos², Isabel Fineza²
1- Hospital Pediátrico de Coimbra, 2- Hospital Pediátrico de Coimbra - CHC

Introdução: As doenças desmielinizantes do Sistema Nervoso Central (SNC) apresentam um amplo espectro clínico, que varia desde processos auto-limitados a doenças crónicas progressivas. Estas doenças são raras em idade pediátrica, suscitando controvérsia na sua classificação, baseada em critérios clínicos e radiológicos. **Objectivos:** Caracterizar a epidemiologia, a clínica, a abordagem diagnóstica e terapêutica e a evolução dos casos de doença desmielinizante do SNC, seguidas na Consulta de Neurologia Pediátrica de um hospital terciário. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças admitidas com o diagnóstico de doença desmielinizante do SNC, no período entre Janeiro de 1993 e Junho de 2008. **Resultados:** No período referido foram internadas 22 crianças com o diagnóstico de doença desmielinizante do SNC: esclerose múltipla num caso, encefalomielite aguda disseminada em 16, mielite transversa em 4 e nevrite óptica num caso. A idade média à data do diagnóstico foi 8 anos (16 meses-13 anos). Cerca de 73% das crianças eram do sexo feminino. Em 13 houve história de infecção prévia, mas sem antecedentes de vacinação. As manifestações clínicas mais frequentes foram: alterações do estado de consciência em 77% (17), 7 destas evoluíram para coma; parésias dos pares cranianos em 63,6% (14); défices motores focais em 77% (17) e alterações da coordenação em 82% (18). O tempo de evolução até ao internamento foi em média 5 dias. Todas as crianças, com excepção de uma, efectuaram RMN-CE e/ou medular. Foram identificadas lesões supratentoriais envolvendo a substância branca em 68% (15), núcleos da base em 50% (11), cerebelo em 31,8% (7) e medula em 8 casos; 4 destes últimos corresponderam a mielite transversa. A terapêutica com corticóides foi efectuada em 91% (20) crianças e em 3 foi associada imunoglobulina. A evolução foi favorável na maioria dos casos, com sequelas em 9: dificuldades escolares 3, epilepsia 2, défices motores 4 e coma vegetativo 2. Registou-se um óbito numa criança cujo diagnóstico anatómico-patológico foi de leucoencefalopatia aguda hemorrágica. **Comentários:** De acordo com a literatura, a amostra revelou estreita associação com infecção prévia bem como uma ampla variabilidade clínica. Estudos recentes apontam para um aumento da incidência de esclerose múltipla na criança, no entanto identificámos apenas um caso. Não existindo especificidade de clínica ou imagiológica, só a evolução permite a clarificação diagnóstica.

Palavras-chave: doenças desmielinizantes, criança

PD247- Esclerose Múltipla: Diagnóstico num Serviço de Urgência

Patrícia Costa Reis, Teresa Moreno, Sofia Quintas, António Levy-Gomes
Hospital de Santa Maria

A Esclerose Múltipla Pediátrica, definida pelo aparecimento de sintomas antes dos 16 anos de idade, é rara, correspondendo a menos de 5% dos casos. Esta doença é caracterizada por episódios recorrentes de inflamação e desmielinização do sistema nervoso central, causados por um fenómeno de auto-imunidade. A raridade da doença e as suas múltiplas formas de apresentação constituem um desafio ao diagnóstico. A progressão nas crianças é geralmente lenta, mas leva mais precocemente à incapacidade. Esta doença causa fadiga crónica, depressão e dependência, afectando de uma forma significativa a vida da criança e da família. Actualmente existem fármacos que alteram a história natural da doença, pois reduzem o número de surtos e a progressão para a incapacidade. O diagnóstico precoce tem, por isso, uma importância acrescida, pois dele depende o início atempado de uma terapêutica com impacto marcado no prognóstico. Os autores apresentam um caso de um adolescente de 14 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria. Nove meses antes tivera um episódio de paralisia facial periférica que se veio a repetir 6 meses depois. Foi-lhe diagnosticada hipertensão arterial 3 meses antes, encontrando-se medicado com enalapril. Apresentava

queixas de fadiga, vertigens e vômitos nas 3 semanas anteriores, tendo recorrido múltiplas vezes ao serviço de urgência. Nos dois últimos dias, ocorreu um agravamento da fadiga e surgiu retenção urinária e descoordenação motora, com incapacidade de executar a marcha. Ao exame objectivo, o adolescente apresentava-se orientado, com discurso fluente e coerente, atáxico, com nistagmo horizontal e com globo vesical. Realizou tomografia computadorizada crânio-encefálica, que foi normal, e punção lombar, tendo o exame citológico e bacteriológico do líquido sido também normal. Na ressonância magnética crânio-encefálica detectaram-se múltiplas lesões parenquimatosas com expansão supra e infratentorial, isointensas em T1 e hiperintensas em T2. Em face da história clínica e dos exames imagiológicos, a principal hipótese diagnóstica apontada foi esclerose múltipla, pelo que foi iniciada terapêutica com metilprednisolona e o adolescente foi transferido para a Unidade de Neurologia Pediátrica. Uma vez que existem fármacos com capacidade para alterar o prognóstico de uma criança com esclerose múltipla, é fundamental que um pediatra esteja atento a esta entidade.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla Pediátrica

PD248- Leucodistrofia Metacromática (forma infantil) - da apresentação ao diagnóstico.

Isabel Guerra¹, Pedro Pinto², Rui Chorão², Manuela Santos², Inês Carrilho²
1- Unidade Hospital Maria Pia - Centro Hospitalar do Porto, 2- Serviço de Neuropediatria. Unidade Hospital Maria Pia - Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A Leucodistrofia Metacromática (LDM) é uma doença de armazenamento dos lisossomas, causada pela deficiência da enzima arilsulfatase A ou, menos frequentemente, do seu cofactor, a saposina B. A desmielinização progressiva, resultante da acumulação lisossomal do sulfatídeo, é o marcador fisiopatológico, traduzido clinicamente por sintomas neurológicos de instalação e agravamento progressivos. **Casos Clínicos:** Apresentam-se três doentes com LDM infantil, com idades entre 2 e 5 anos, seguidos actualmente no Serviço. Um dos casos tem história familiar. Todos apresentaram desenvolvimento psicomotor normal no primeiro ano de vida. A manifestação clínica inicial foi uma deterioração motora, com sinais de neuropatia num doente, distonia noutro e síndrome piramidal no terceiro, todos com hipotonia axial importante. Posteriormente foram surgindo outros sinais neurológicos, nomeadamente deterioração cognitiva. A RM encefálica evidenciou atrofismo difuso e simétrico da substância branca supratentorial, em dois com envolvimento do corpo caloso. O estudo do LCR revelou hiperproteínoorraquia (não efectuado no doente com história familiar). A biópsia de nervo do doente com neuropatia mostrou inclusões nas células de Schwann. O estudo bioquímico lisossomal demonstrou défice da actividade enzimática da arilsulfatase A, perfil electroforético de arilsulfatases anormal e perfil cromatográfico de excreção urinária de sulfatídeos anormal, compatível com LDM. Em dois doentes foi realizado estudo do gene da arilsulfatase A, com homozigotia para a mutação g.609G>A; alelo I (IVS2DS+1) num doente e heterozigotia composta das mutações g.1238G>A; alelo I (IVS2DS+1) e g.1729G>C; p.D255H (exão 4) noutro. **Discussão:** Todos os doentes apresentaram regressão motora com hipotonia, embora com predomínio de diferentes sinais neurológicos. Na criança com história familiar a regressão do desenvolvimento orientou a investigação. No caso com quadro inicial de neuropatia o envolvimento do sistema nervoso central foi mais tardio, sendo a histologia da biópsia de nervo a direccionar o estudo. Por último, no doente com distonia a associação de hiperproteínoorraquia e imagem cerebral sugestiva permitiu dirigir o diagnóstico. A heterogeneidade clínica inicial constitui um desafio diagnóstico. Face a um quadro de regressão psicomotora, independentemente das alterações neurológicas associadas, é mandatório o estudo com RM encefálica e do LCR, pois são a chave para o diagnóstico.

Palavras-chave: leucodistrofia metacromática; desmielinização; lisossomas

PD249- Encefalomielite disseminada aguda pós-varicela: raro mas acontece...

Bárbara Pereira¹, Nuno Ferreira², João Pereira³, João Soares Fernandes⁴, Henedina Antunes², Sofia Martins²

1- Hospital São Marcos, 2- Unidade de Adolescentes, Serviço de Pediatria do Hospital São Marcos, 3- Serviço de Neurologia do Hospital São Marcos, 4- Serviço de Neurorradiologia do Hospital São Marcos

Introdução: A encefalomielite disseminada aguda (ADEM) é uma doença desmielinizante do Sistema Nervoso Central (SNC), associada a sintomas

neurológicos multifocais e encefalopatia. É uma patologia rara, com uma incidência de 0,4/100000 por ano. Em 75% dos casos é precedida por uma infecção viral ou bacteriana, a maioria não específica do trato respiratório. **Caso Clínico:** Rapaz de 7 anos que recorre ao serviço de urgência por mau estar geral, sonolência e cefaleias occipitais com 24 horas de evolução. Sem febre, vacinação recente, traumatismo, ingestão de tóxicos ou fármacos, mas com antecedentes de varicela duas semanas antes. Ao exame objectivo, de salientar, 12/13 na escala de Glasgow, sonolência, rigidez terminal da nuca, sinal de Kerning positivo e reflexos cutâneos plantares em fuga. O estudo sanguíneo analítico e a análise citológica, bacteriológica e virológica do líquido cefalorraquidiano não revelaram alterações. A ressonância magnética cerebral (RMN) evidenciou múltiplas lesões hiperintensas em DP/T2 e FLAIR dispersas na substância branca supra e infratentorial, sem efeito de massa e não captantes de contraste, em contexto pós varicela. Iniciou tratamento com prednisolona endovenosa, 2mg/Kg/dia durante 5 dias, seguida de prednisolona oral em doses decrescentes, apresentando boa evolução clínica. Reavaliado 6 meses depois, encontrando-se clinicamente bem, sem alterações ao exame neurológico e com RMN de controlo normal. **Discussão:** A ADEM é uma doença rara, em que o diagnóstico se baseia na clínica e em alterações imagiológicas, nomeadamente na RMN. A infecção pelo Vírus Varicela-Zoster geralmente ocorre na infância e, por norma, é uma doença benigna e auto-limitada. No entanto, pode acompanhar-se de complicações graves, incluindo ADEM. O prognóstico é bom desde que seja feito um diagnóstico atempado e instituída terapêutica precocemente.

Palavras-chave: encefalomielite disseminada aguda, varicela

PD250- Febre e Convulsão – Atitudes diagnósticas na Urgência de Pediatria

Andreia Gomes Pereira, Claudia Calado, Carla Mendonça
Hospital Central de Faro

Introdução: Quando febre se associa a convulsão, as etiologias compreendem desde a Convulsão Febril (CF) à infecção do Sistema Nervoso Central (SNC). Um espectro tão alargado motiva por vezes atitudes diagnósticas desnecessárias, considerando a benignidade da maioria destas situações. **Objectivo:** Analisar a clínica, procedimentos diagnósticos, evolução e diagnóstico das crianças internadas, por febre e convulsão, na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) da Urgência de Pediatria do Hospital Central de Faro (HCF), durante o ano de 2007. **Métodos:** Consulta dos processos das crianças internadas por febre e convulsão, na UICD Pediátrica do HCF, em 2007. **Resultados:** Registaram-se 29 internamentos (25 crianças). Em 24 casos, as crianças tinham idade igual ou inferior a 5 anos. Oito crianças tinham antecedentes pessoais de doença neurológica. Vinte e três casos tiveram crises convulsivas generalizadas. Seis casos tinham exame objectivo normal; 21 casos apresentavam semiologia respiratória, otorrinolaringológica (ORL) ou gastrointestinal (GI); 1 criança tinha prostração acentuada e 1 criança apresentou parésia de Todd prolongada. Em todos os casos, foram pedidos hemograma e Proteína C Reactiva (PCR); em 25 casos, requisitaram-se análises bioquímicas e, em 8 casos, provas de coagulação. Nos 16 casos em que se verificou leucocitose com neutrofilia e PCR elevada, existia já suspeita clínica de infecção. Em todos os casos em que foram requisitadas, as provas de bioquímica e de coagulação foram normais. Três crianças realizaram punção lombar: 1 criança com prostração grave, leucocitose com neutrofilia e PCR elevada; 1 criança com parésia de Todd prolongada; 1 criança com antecedentes de epilepsia, que teve o primeiro episódio de convulsão com febre, com múltiplas crises. Dezoito casos ficaram internados menos de 24 horas. Dois doentes foram admitidos na UCIP. Em 22 casos, o diagnóstico foi de CF em contexto infeccioso (respiratório, ORL, GI); 5 casos reportavam-se a crianças com mais de 5 anos e patologia neurológica prévia, pelo que o diagnóstico foi de convulsão em contexto de doença febril; 1 criança teve Bacteriemia oculta; 1 criança teve encefalite. **Conclusão:** A febre associada a convulsão evoca a hipótese de infecção do SNC. Apesar da sua gravidade, esta situação é rara e associa-se a outras alterações clínicas que sugerem o diagnóstico. Por este motivo, os exames complementares de diagnóstico, muitas vezes desnecessários, devem orientar-se pela clínica.

Palavras-chave: febre, convulsão, exames complementares de diagnóstico, infecção SNC

Área Científica - Oncologia**PD251- Tumor abdominal, fenótipo feminino, cariótipo XY**

Marta Almeida, Maria Do Bom Sucesso, Ana Maia Ferreira, Armando Pinto, Norberto Estevinho, Luís Pedro Afonso, Lucília Norton
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Porto

Introdução: Cerca de 5% das doentes com disgerminoma têm alterações citogenéticas constitucionais envolvendo o cromossoma Y, pelo que é mandatória a análise do cariótipo constitucional. **Caso Clínico:** Adolescente de 12 anos, com diarreia, dor e aumento do perímetro abdominal e emagrecimento, com 2 meses de evolução. Palpava-se massa nos quadrantes inferiores do abdómen, mal delimitada, muito dolorosa. Sem alterações dismórficas, estágio pubertário Tanner S2P2M0. Os exames de imagem confirmaram volumosa massa sólida, pélvica, envolvendo útero e ovários, compressão do recto/sigmóide, bexiga e ureteres, e uretero-hidronefrose bilateral. Sem ascite. Efectuada nefrostomia esquerda e algaliação, por aumento rápido das dimensões da massa. O exame histopatológico da biópsia por agulha confirmou neoplasia maligna, pouco diferenciada, de origem não linfóide, não sendo possível melhor caracterização. A hipótese de diagnóstico mais provável era sarcoma não RMS. Foi submetida a laparotomia por agravamento clínico, necessidade de obtenção de material para definição histológica e avaliação da possibilidade de exérese tumoral. O tumor destruía útero e anexos esquerdos, sendo possível a sua ressecção, com remoção de cerca de 10 cm de sigmóide e anastomose rectosigmóideia, cistotomia e cistorráfia. Não foram visualizados gânglios. O exame histopatológico revelou disgerminoma com margens de ressecção positivas. O ovário direito, aumentado de tamanho, foi biopsado. Apresentava múltiplos focos de calcificação, sem envolvimento tumoral. Restante estadiamento negativo; classificado como disgerminoma do ovário esquerdo estágio III. O estudo endocrinológico revelou hipogonadismo hipergonadotrófico. O cariótipo constitucional era 46,XY. Iniciou quimioterapia com ciclos BEP. **Conclusão:** O diagnóstico de disgerminoma em doente com fenótipo feminino e cariótipo XY permite concluir tratar-se de um Síndrome de Swyer. Por apresentar um alto risco de malignização, impõe-se remoção da gónada direita. Consideramos de interesse divulgar este caso clínico pela sua raridade e pelas questões de natureza ética que suscita.

Palavras-chave: Disgerminoma, Swyer, Tumor Abdominal

PD252- Eritema Nodoso: forma de apresentação rara de leucemia numa criança de cinco anos de idade.

Filipe Oliveira¹, Sónia Aires², Vitor Costa¹, Tereza Oliva¹, Lucília Norton¹
1- IPOFG do Porto, 2- Hospital São Sebastião, EPE

O Eritema Nodoso (EN) é a mais frequente variante clínico-patológica de paniculite que afecta a gordura sub-cutânea. Caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos eritematosos e dolorosos, habitualmente na região pré-tibial. Em 55% dos casos é idiopático, mas a sua presença impõe a investigação de possíveis etiologias, nomeadamente infecções, especialmente as estreptocócicas na criança, drogas e neoplasias, sobretudo leucemias e linfomas. Os autores apresentam o caso clínico de uma menina de 5 anos de idade que recorreu ao SU do hospital da área de residência por aparecimento, no mesmo dia, de lesões eritematosas e dolorosas na região pré-tibial bilateral. Não eram referidas quaisquer outras queixas. Para além das lesões referidas, o exame físico era normal. O hemograma revelou anemia (Hb - 9,6 g/dL), trombocitopenia (Pl - 51000/uL), leucócitos -11900/uL - com fórmula leucocitária normal. Uma semana depois o exame físico era sobreponível, mas o hemograma revelou a presença de 11% de blastos. Foi então referenciada para o IPOFG do Porto. Realizou mielograma que permitiu o diagnóstico de Leucemia Aguda Mielóide (LAM) M2 com t (8;21), sem atingimento do SNC. Iniciou tratamento segundo o protocolo de tratamento ELAM 02, verificando-se remissão completa no final da indução. As lesões de EN tiveram uma evolução favorável, embora com flutuações, verificando-se resolução após duas semanas do início da quimioterapia. Algumas doenças neoplásicas podem acompanhar-se ou ser precedidas de uma variedade de síndromes reumatológicas paraneoplásicas. A ocorrência de eritema nodoso neste contexto é mais rara, mas está descrita na literatura em associação com leucemia mielóide na criança. O reconhecimento da etiologia neoplásica pode permitir valorizar sinais clínicos ou alterações analíticas pouco significativas e assim permitir um diagnóstico e tratamento mais precoces.

Palavras-chave: eritema nodoso, leucemia, crianças

PD253- Hemorragia vaginal- Caso clínico

Gisela Silva¹, Eunice Moreira², Emilia Costa¹, Herculano Rocha¹, M.^a do Bom Sucesso², Norberto Estevinho²

1- Centro Hospitalar do Porto-Unidade Hospital Maria Pia, 2- IPOPorto FG EPE

A hemorragia vaginal persistente, na população pediátrica, é rara mas condiciona um leque de diagnósticos diferenciais complexos e obriga à exclusão de várias entidades para identificação correcta e atempada da patologia causal. Os autores apresentam o caso de uma menina de 2 anos com perda hemática vaginal intermitente com 10 meses de evolução. Foi investigada em consulta de endocrinologia por suspeita de menarca precoce. Os exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente exames de imagem não apresentaram alterações. Um episódio de hemorragia mais persistente associada a leucorreia motivou recurso a cuidados médicos onde foi observada uma lesão vegetante na região vulvar. A RMN pélvica confirmou a existência de uma massa pélvica com 7 cm de maior diâmetro. Transferida nesta altura para o centro de oncologia pediátrica. Os marcadores tumorais mostraram uma alfa-fetoproteína elevada (2318 ng/ml) e Beta-HCG normal. Efectuou biópsia da lesão por via vaginal cujo resultado foi compatível com tumor de células germinativas do tipo tumor do saco vitelino. Os exames de estadiamento mostraram metastização pulmonar e hepática. Encontra-se actualmente a efectuar tratamento com quimioterapia. A hemorragia vaginal persistente, inexplicada, é muitas vezes a única manifestação de um problema físico ou social grave, pelo que exige uma avaliação exaustiva, por vezes com o recurso a exames invasivos.

Palavras-chave: hemorragia vaginal; tumor de células germinativas;

PD254- “Nódulo no couro cabeludo...forma rara de apresentação de leucemia”

Andreia Leitão¹, Sofia Fernandes Paupério¹, José Guimarães Dinis¹, Ângela Melo Sousa¹, Teresa Oliva², Lucília Norton², Álvaro Sousa¹

1- Centro Hospitalar do Médio Ave-Unidade de Santo Tirso, 2- Serviço de Pediatria-IPO Porto

As leucemias são a neoplasia maligna mais comum da infância, representando cerca de 41% do total de neoplasias que ocorrem em crianças com menos de 15 anos de idade. 77% dos casos de leucemia em idade pediátrica correspondem a leucemias linfoblásticas agudas. Estas últimas têm um pico de incidência entre os 2 e os 6 anos de idade e ocorrem ligeiramente mais frequentemente nos rapazes. Criança do sexo masculino, 9 anos de idade, recorre ao médico por nódulo no couro cabeludo que apareceu após traumatismo. Foi submetido a exérese. Três meses depois, houve reaparecimento do nódulo no couro cabeludo, associado a febre baixa intermitente e anorexia. Foi novamente submetido a exérese no nosso Hospital, tendo o exame anatomo-patológico da peça operatória revelado: infiltração por linfoblastos. Mediante este resultado, foi referenciado ao Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO). Tinha antecedentes patológicos irrelevantes. Dos antecedentes familiares, apenas a destacar: avó materna falecida aos 39 anos por leucemia. Ao exame objectivo, à admissão: palidez cutâneo-mucosa; tumefacção no couro cabeludo, +/- 3 cm de diâmetro, na região parietal direita, dura, fixa, com edema periférico. Sem outros nódulos. Sem adenomegalias. Sem outras alterações. Dos exames complementares de diagnóstico efectuados, destaca-se: leucopenia 1,48 x 10⁹/L; neutropenia 480; Hg 10,3 g/dL; plaquetas 178 x 10⁹/L. Bioquímica DLH 394 U/L (67-190). Estudo da coagulação sem alterações. Esfregaço de sangue periférico sem blastos. O mielograma mostrou medula óssea com 34% de células blásticas. Tratava-se de leucemia linfoblástica aguda L1 (Classificação FAB). Fez-se ainda radiografia do tórax PA, ecocardiograma, ecografia abdominal, tomografia computadorizada crânio-encefálica que não revelaram alterações. Iniciou tratamento, no final da indução, o mielograma revelava remissão completa da doença. Os autores salientam a importância do exame anatomo-patológico de qualquer lesão cutânea, bem como a heretogeneidade e subtilidade de manifestações clínicas das leucemias nas crianças.

Palavras-chave: leucemia; nódulo; linfoblastos

PD255- Sarcoma de Ewing- Um Diagnóstico A Considerar

Brígida Amaral¹, Lurdes Morais¹, Emilia Costa¹, Laura Marques¹, Luísa Oliveira¹, Eduardo Almeida¹, Maria do Bom Sucesso², Vírgilio Senra¹

1- Centro Hospitalar do Porto- Unidade Hospital Maria Pia, 2-IPO Porto FG E.P.E

O Sarcoma de Ewing pertence a um grupo de doenças neoplásicas raras, conhecidas como Família de Tumores de Ewing. São tumores de origem

neuroectodérmica estando presente, em mais de 95% dos casos, um re-arranjo do cromossoma 22, mais frequentemente na forma de translocação 11;22. Os autores descrevem o caso clínico de um adolescente, sexo masculino, 14 anos de idade, raça caucasiana, previamente saudável, internado por tumefacção da coxa direita e febre com suspeita de piomiosite em contexto de ruptura do músculo quadrícipete após traumatismo menor nos 15 dias anteriores ao internamento. Na admissão foi objectivada tumefacção dos 2/3 proximais da coxa direita sem sinais inflamatórios locais. Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia e proteína c reactiva 9.26 mg/dL, sem alterações no restante hemograma e bioquímica. O estudo imagiológico inicial (ecografia e RMN) revelou a presença de volumosa colecção compatível com abscesso loculado do quadrícipete femoral direito com envolvimento medular do fémur adjacente interpretado como pequeno abscesso intraósseo. Na TC efectuada posteriormente mantinha imagem compatível com abscesso loculado do quadrícipete femoral direito mas sem alterações do fémur subjacente associadas. Instituída antibioticoterapia verificou-se apirexia ao sexto dia e diminuição progressiva dos marcadores de inflamação sem regressão do edema duro da coxa. Submetido a duas intervenções cirúrgicas com drenagem de líquido serohemático, sem isolamento de agente. A histologia da biópsia muscular revelou a presença de músculo esquelético em grande parte infiltrado por neoplasia com características morfológicas de sarcoma de Ewing extra-esquelético/PNET. Foi transferido para o Serviço de Pediatria IPO-Porto onde se confirmou o diagnóstico de sarcoma de Ewing e iniciou quimioterapia. No Sarcoma de Ewing a sintomatologia é frequentemente atribuída a lesões traumáticas e respectivas complicações infecciosas. A patologia neoplásica na idade pediátrica é pouco frequente e geralmente não é considerada como hipótese diagnóstica principal. No entanto, deve ser sempre incluída no diagnóstico diferencial e pesquisada activamente.

Palavras-chave: sarcoma de Ewing

PD256- Adenoma hepático numa criança – caso clínico.

Maria Joao Oliveira, Alexandra Sequeira, Jaime Vilaça, Miguel Dominguez, Lúcia Gomes
Centro Hospitalar do Porto - Unidade Hospital Santo António

Introdução: Um tumor hepático é por vezes diagnosticado acidentalmente durante a realização de um exame imagiológico requisitado para o estudo de outra patologia. Colocam-se então duas questões principais. É possível fazer o diagnóstico apenas através de estudos imagiológicos? Qual a orientação terapêutica? **Caso Clínico:** Os autores relatam o caso clínico de uma criança do sexo feminino, 7 anos de idade, que em Outubro de 2007 realizou uma ecografia abdomino-pélvica para estudo de um quadro de enurese nocturna primária, tendo sido constatado um nódulo hepático. A criança não tomava qualquer medicação, não apresentava qualquer sintomatologia ou alterações ao exame objectivo. Da investigação efectuada na Consulta de Pediatria de referir: hemograma, transaminases e função hepática normais; alfa-fetoproteína sérica ligeiramente aumentada (24.7 ng/mL; N< 10.9); doseamento dos ácidos homovanílico e vanilmandélico em urina de 24h sem alterações. A Ressonância Magnética hepática (Novembro de 2007) confirmou a presença de uma lesão nodular bem delimitada no segmento VI do lobo direito, medindo cerca de 4 x 3 cm de maior diâmetro, com características sugerindo natureza lipomatosa predominante, sem realce valorizável após contraste, nem evidência de calcificação. Não se detectaram outras alterações, nomeadamente adenomegalias retroperitoneais ou líquido ascítico. Em Fevereiro de 2008, foi submetida a hepatectomia parcial, não se tendo verificado qualquer complicação intra ou pós operatória. O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de um adenoma hepático de células claras. **Comentários:** O adenoma hepático é um tumor raro na infância, sendo mais frequentemente observado em adolescentes e mulheres jovens a fazer contracepção oral. A orientação terapêutica deve basear-se no tamanho do tumor, na sintomatologia associada e no risco de complicações (ruptura, hemorragia e malignização). Os exames imagiológicos nem sempre permitem diferenciar entre lesões benignas ou malignas, tornando necessária a biópsia ou exérese das lesões. No caso dos adenomas a exérese é diagnóstica e terapêutica.

Palavras-chave: nódulo hepático, adenoma, criança

Área Científica - Outros

PD257- Síndrome de Churg Strauss e Terapêutica da Asma – Associação ou Coincidência?

Teresa São Simão¹, Ana Paula Fernandes¹, Carla Meireles¹, Águeda Matos¹, Olga Pereira¹, Joaquim Rodrigues¹, Margarida Guedes², Susana Peres¹
1- Centro Hospitalar do Alto Ave, 2- Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Os autores relatam o caso de uma adolescente, com asma brônquica de difícil controlo, à qual foi diagnosticada Síndrome de Churg Strauss (SCS), entidade rara em pediatria. O diagnóstico do SCS baseia-se em, pelo menos, quatro dos seis critérios: asma, eosinofilia superior a 10%, mono/polineuropatia, infiltrados pulmonares, pansinusite e infiltrado eosinofílico extravascular. **Descrição do Caso:** Adolescente, sexo feminino, 14 anos, com asma brônquica mal controlada desde os 12 anos, medicada há 4 meses com montelucaste e budesonido inalado. Uma semana antes da admissão mialgias e recusa em deambular associadas a lesões cutâneas nos membros inferiores. À data do internamento observadas manchas eritematovioláceas com padrão reticulado (pernas/pés) e manchas rosadas mal definidas (joelhos/coxas) e recusa completa da marcha. Episódio único de urticária um mês antes da admissão. Agudizações da asma quatro e três meses antes com internamento; efectuou corticosteróide (CCT) e claritromicina. Os exames auxiliares de diagnóstico evidenciaram hipereosinofilia (leucócitos 24,500/mm³ com 57.1% eosinófilos); IgE elevada (686 KU/L) e phadiotop inalatório negativo; ANA positivo (1/160 padrão mosqueado fino) com ANCA negativo. A biópsia de pele evidenciou infiltrado eosinofílico na derme e hipoderme sem identificação de lesões de vasculite. Presença de polineuroradiculopatia axonal aguda motora na electromiografia. Referência a pansinusite na RMN cerebral. Os achados clinicopatológicos preencheram os critérios de diagnóstico de SCS. Iniciou prednisolona 2mg/kg/dia. Posterior redução do CCT para 1mg/kg/dia associado a metotrexato (10 mg/m²/semana). Melhoria das lesões cutâneas e das mialgias, sem recusa da marcha após o primeiro dia de CCT. Notada marcha neuropática quando iniciou a deambulação. Actualmente com metotrexato e CCT em dias alternados (~1mg/kg). **Discussão:** A etiopatogenia do SCS não está totalmente esclarecida. Tem sido referida a possibilidade de grupos de fármacos usados na terapêutica crónica da asma estarem implicados no desmascarar (antileucotrienos) ou em manter latente o SCS (CCT). Os macrólidos têm também sido apontados como possíveis implicados. Nesta adolescente todos esses fármacos foram utilizados sendo a relação temporal entre a sua utilização e o surgimento e diagnóstico de SCS difícil de se estabelecer. Será, nesta adolescente, uma coincidência o surgimento da SCS e o uso destes fármacos ou haverá associação com a etiopatogenia da doença?

Palavras-chave: Síndrome de Churg Strauss, Asma, Corticoterapia, Macrólidos, Anti-leucotrienos

PD258- Displasia Ectodérmica Anidrótica - a propósito de um caso clínico

Edite Gonçalves, João Luís Barreira, Artur Bonito Vitor, Alberto Mota
Hospital de São João

A Displasia Ectodérmica Anidrótica (D.E.A.) é uma doença congénita hereditária de origem ectodérmica, caracterizada por hipohidrose, oncodisplasia, hipotricose, hiperqueratose palmoplantar, hipodontia ou anodontia. Apresenta-se o caso de uma criança do sexo masculino, de quatro anos de idade, com eczema recorrente e lesões de liquenificação no couro cabeludo, face, tronco e membros desde os quatro meses. Não apresentou resposta significativa aos emolientes e corticóides tópicos. Por suspeita de alergia às proteínas de leite de vaca foi iniciado leite hidrolisado e posteriormente leite de soja. Apresentava também episódios de hipertermia, sem sudorese, e pieira recorrente com resposta parcial aos agonistas β e corticóides inalados. No exame objectivo visualizava-se um cabelo fino e rarefeito, pele eczematosa e hiperpigmentada na região periorbitária e ausência de dentes. Não foram observadas alterações como fenda palatina ou distrofia das unhas. Apresentava desenvolvimento estatura-ponderal e de perímetro cefálico normais, verificando-se contudo atraso do desenvolvimento psico-motor. Em termos de história familiar, tem quatro irmãos e uma irmã, não existindo antecedentes familiares a realçar. Foi realizada uma biópsia cutânea que revelou acantose, hiperqueratose e ausência de glândulas sudoríparas. Uma ortopantomografia confirmou a ausência de dentes. A IgE total estava elevada e o RAST foi positivo para Dermatophagoides e clara de ovo. Foi efectuado estu-

do genético, que confirmou o diagnóstico de Displasia Ectodérmica Anidróica. Iniciou-se terapêutica com tacrolimus tópicos com melhoria das lesões de eczema, mantendo emolientes e corticóides tópicos. As crianças com D.E.A. necessitam de uma abordagem e seguimento multidisciplinar, nomeadamente do ponto de vista dermatológico, dentário e alergológico. O prognóstico é geralmente favorável, no entanto a qualidade de vida pode ser significativamente afectada.

Palavras-chave: Hiperqueratose, anodontia, hipohidrose.

PD259- Apendicite aguda – Perspectiva do Pediatra na Urgência

Mónica Cró Braz, Sofia Fernandes, Ana Tavares, Filipa Nunes, Margarida Pinto, Paula Azeredo
Hospital Garcia de Orta

Introdução e Objectivos: A apendicite aguda é a causa mais frequente de abdómen agudo em idade pediátrica. O seu diagnóstico é eminentemente clínico, mantendo-se um desafio. Pretendeu-se: 1) descrever os dados epidemiológicos, clínicos e os exames complementares de diagnóstico em doentes internados com esta patologia; 2) Caracterizar o valor da PCR. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo, baseado na consulta de processos clínicos, de doentes internados na Unidade de Internamento de Curta Duração (0-14 anos), entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Julho de 2008, com o diagnóstico de apendicite aguda. **Resultados:** Dos 156 doentes internados por patologia cirúrgica, 125 tiveram como diagnóstico apendicite aguda. Setenta e oito eram do sexo masculino. As idades variaram entre os 2 e os 14 anos (mediana - 9), e 10 tinham <5 anos. A mediana de duração de sintomas até ao diagnóstico foi de 1 dia (12 horas-15 dias). Clinicamente, todos os doentes referiam dor abdominal e 102 apresentavam dor à descompressão. Salienta-se ainda que 80 tinham vômitos, 45 febre, 35 anorexia e 11 diarreia. A avaliação laboratorial, feita na totalidade dos doentes, revelou leucócitos entre os 4.5 e os 35 x 10⁹/L (mediana de 17 x 10⁹/L), neutrófilos entre 57% e 93% (mediana de 84%). A PCR variou entre 0 e 36 mg/dL (mediana de 3 mg/dL). Das 75 ecografias abdominais realizadas, 5 não mostraram alterações. Foram efectuadas 3 tomografias computadorizadas abdominais. Do exame anatomo-patológico concluiu-se: 2 apêndices sem alterações, 68 apendicites fleimonosas, 38 gangrenadas e 17 perfuradas. Caracterizando o valor da PCR, assinala-se que dos 89 doentes que referiam queixas há >12 horas, a mediana do valor da PCR teve a seguinte variação: 2 mg/dL nas apendicites fleimonosas, 7 mg/dL nas gangrenadas e 12 mg/dL nas perfuradas. Nos 36 casos com <12 horas de doença, a mediana do valor da PCR foi de 1 mg/dL, independentemente do tipo de apendicite. **Conclusões:** A apendicite representou 80% da patologia cirúrgica e 8% eram crianças com <5 anos. De acordo com o descrito na literatura, o valor da PCR não é sensível nem específico no diagnóstico de apendicite aguda, sobretudo nas primeiras 12 horas de doença. Na nossa amostra, a mediana do valor da PCR acompanhou a gravidade da inflamação apendicular, nos casos com mais de 12 horas de evolução.

Palavras-chave: Apendicite, Proteína C Reactiva (PCR), anatomo-patologia.

PD260- Doença Celíaca, PTI e poliartrite: caso clínico

Teresa M. Guimarães, Isabel Guerra, Sónia Carvalho, Maria José Vieira
Centro Hospitalar Médio Ave - Unidade de Famalicão

Adolescente de 13 anos, caucasiana, com Doença Celíaca (DC) diagnosticada aos 18 meses e controlada com dieta isenta de glúten. Sem outros antecedentes patológicos relevantes. Aos 5 anos de idade apresenta quadro de poliartralgias (punhos, cotovelos, joelhos), sem outros sinais inflamatórios nem outra sintomatologia associada. Medicada com anti-inflamatórios, com resolução das queixas. Cerca de 2 meses após, é internada por trombocitopenia (plaquetas 24.000/mm³), em contexto de gastroenterite aguda, com recuperação em 5 dias, sem necessidade de terapêutica específica. Clinicamente assintomática até aos 8 anos de idade, altura em que é internada por Púrpura Trombocitopénica Idiopática (plaquetas 58.000/mm³, anticorpos anti-plaquetários IgG positivos, ANA negativos), com normalização espontânea do valor das plaquetas. Reinternamento 3 meses depois por contagem plaquetária de 14.000/mm³, tendo efectuado imunoglobulinas ev por epistaxis abundante. Desde então com valores <90.000/mm³. Sem outras intercorrências até aos 11 anos de idade, quando desenvolve quadro de poliartrite, com dor e limitação da mobilidade da coluna cervical, artrite dos cotovelos, punhos e articulações interfalângicas proximais das mãos, dor e limitação da mobilidade da anca, sinais inflamatórios dos joelhos e tibia-társicas. Analiticamente com Hb 12.4 g/dl, Plaquetas 133.000, Leucócitos 4.400/mm³, VS 39 mm, PCR 2.8 mg/dl, IgA, IgG, IgM e IgE normais, ANA screen e FR negativos; sero-

logias e marcadores víricos negativos. Efectuou bóius de metilprednisolona, tendo iniciado posteriormente ibuprofeno, metotrexato parentérico e oral e prednisolona, com boa resposta terapêutica. Dos exames subsequentes, a referir mielograma normal, ANA screen, FR, ANCA e anticorpos anti-fosfolípidos negativos, persistência de anticorpos anti-plaquetários IgG positivos, prova de Coombs positiva. Actualmente medicada com metotrexato oral 15 mg/m²/semana, ácido fólico e prednisolona 20 mg em dias alternados (dose mínima para controle da trombocitopenia). Sem outras alterações, nomeadamente oftalmológicas, renais, neurológicas ou cardíacas. A DC é uma das doenças auto-imunes mais comuns, com uma prevalência de 0.5 a 1%. Pode associar-se a outras doenças imunológicas, sendo as mais frequentes a Diabetes tipo 1 e a tiroidite auto-imune. Os autores apresentam este caso pela sua complexidade e discutem hipóteses de diagnóstico para a poliartrite: Artrite Idiopática Juvenil versus Lúpus Eritematoso Sistémico.

Palavras-chave: doença celíaca, PTI, artrite

PD261- Síndrome Trico-rino-falangeal e atresia vaginal

Susana Gomes¹, João Henriques², Miguel Rodrigues³, Francisco Sant'Anna⁴, Rui Alves², Fátima Alves²

1- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, 2- Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia, 3- Serviço de Urologia do Hospital do Barlavento Algarvio, 4- Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

Introdução: A síndrome trico-rino-falangeal tipo II (STRFII) é uma doença multissistémica, rara, de transmissão genética ou ocorrência esporádica que se caracteriza por achados fenotípicos típicos, exostoses múltiplas, outras malformações ósseas e compromisso intelectual variável. A ocorrência de hidrometrocolpos e hematocolpos nesta síndrome está descrita na literatura como consequência de malformação perineal. **Caso Clínico:** Jovem do sexo feminino, 13 anos, com diagnóstico de STRFII admitida no Serviço de Urgência por quadro clínico de dor abdominal com quatro dias de evolução, vômitos e febre. Ao exame objectivo salientava-se abdómen difusamente doloroso, massa oblonga na fossa ilíaca esquerda, toque rectal doloroso com abaulamento da parede anterior do recto. A ecografia pélvica identificou hidrometrocolpos. Foi submetida a laparotomia exploradora que identificou hemoperitónio volumoso por ruptura de quisto paramesonéfrico, hidrohematocolpos e atresia dos 2/3 inferiores da vagina (confirmada posteriormente por ressonância magnética). A reconstrução cirúrgica, realizada 2 meses após a primeira intervenção, consistiu na dissecação e isolamento do útero e vagina, e abaixamento da vagina de modo a permitir a anastomose cutânea da mesma. Aos 11 meses de pós-operatório a doente encontra-se clinicamente bem, sem estenoses do lúmen vaginal, em programa de dilatações vaginais regulares. **Discussão:** Os autores salientam que a hipótese de hidrometrocolpos deve ser ponderada perante uma jovem com amenoréia primária e quadro clínico de abdómen agudo. A ocorrência de atresia vaginal no contexto de STRFII é um achado raro que, neste caso clínico, determinou uma actuação emergente. A reconstrução cirúrgica, bem como a adesão ao programa de dilatação pós-operatória, determinaram a evolução favorável da adolescente.

Palavras-chave: Síndrome trico-rino-falangeal; hidrometrocolpos, hematocolpos, atresia vaginal.

PD262- Osteopetrose e Raquitismo: Uma Associação Paradoxal

Marta Grilo¹, Diana Gonzaga¹, Sofia Ferreira¹, Ana Vilaça², José Barbot³, Campos Júnior⁴, Ricardo Araújo¹

1- Hospital São Sebastião, Santa Maria Feira, EPE, 2- Serviço Imagiologia, Hospital de São Sebastião, Santa Maria Feira, EPE, 3- Serviço de Hematologia Pediátrica - Hospital Maria Pia - Centro Hospitalar do Porto, EPE, 4- Serviço de Transplantação de Medula Óssea - IPOPGF, EPE

Introdução: A osteopetrose (OTP) infantil é uma doença autossómica recessiva que se caracteriza por disfunção dos osteoclastos (OC), diminuição da reabsorção óssea e aumento da sua densidade provocando a obliteração da medula e dos foramina dos nervos cranianos. Deste processo resultam alterações hematológicas e neuropatia. O raquitismo é uma complicação paradoxal. O transplante de medula óssea (TMO) é o tratamento de eleição. **Descrição:** Criança, com 13 meses, sexo masculino, primeiro filho de casal jovem, saudável e não consanguíneo. Gestação e parto sem intercorrências. No período neonatal apresentou convulsões e tetania devido a hipocalcémia (5.2mg/dL) refractária à terapêutica com gluconato de cálcio. O estudo complementar revelou hiperfosfatémia (8.9 mg/dL), e níveis séricos elevados de fosfatase alcalina (627U/L), 1,25(OH)2D (137.8pg/mL), 25(OH)2D (51.08µg/mL) e

PTHi (26,6pmol/L), o que a par de alterações radiológicas características, permitiu o diagnóstico inicial de raquitismo vitamina D resistente (tipo II). Iniciou gluconato de cálcio 500 mg (até 25 cápsulas/dia), calcitriol 0,25 µg (até 25 cápsulas/dia). Seguiram-se intercorrências infecciosas com sepsis, ausência de contacto visual, nistagmo, atrofia do disco óptico, bossas frontais, hepato-esplenomegalia, trombocitopenia e anemia resistente ao ferro que motivaram uma biópsia medular. Esta revelou hipocelularidade, ossificação irregular do osteóide e fibrose, compatível com OTP. O estudo radiológico evidenciou espessamento e aumento da densidade óssea da calote e principalmente da base do crânio, coluna vertebral e costelas. Nos ossos longos, observou-se também um franco alargamento das metáfises e perda da individualização da cortical. Tem programado TMO e mantém doses elevadas de cálcio, vitamina D e eritropoietina (1500 U/semana). **Discussão:** Apresentamos este caso pela dificuldade de diagnóstico e importância do raquitismo como complicação rara da OTP. Apesar do balanço de cálcio corporal elevado, o esqueleto sequestra 99% do cálcio e os OC disfuncionais são incapazes de manter a homeostasia fosfocálcio, derivando em hipocalcemia persistente que, a não ser corrigida, inviabiliza o TMO (os OC normais, diferenciados das células estaminais, são incapazes de reabsorver o osteoide hipomineralizado). O TMO revolucionou o tratamento da OTP apesar de só ser possível em 40% dos casos (dador compatível), permite a sobrevida de 47% aos 23 meses, com taxa de cura de 62% dos sobreviventes.

Palavras-chave: Osteopetrose, raquitismo, transplante-medula-óssea.

PD263- Intoxicações Agudas - Casuística na Unidade de Internamento de Curta Duração

Catarina Resende, Fátima Simões
Hospital São Teotónio Viseu

Introdução: As intoxicações agudas continuam a ser uma das principais causas de admissão no Serviço de Urgência, em particular em idade pediátrica. Sendo a segunda causa de Acidentes Pediátricos a seguir às quedas. **Objectivos:** Avaliar a prevalência de internamentos em UICD por intoxicações agudas, conhecer suas causas, analisar a sua evolução ao longo do tempo e caracterizar melhor a população atingida. **Material e Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo e analítico, com base nos dados obtidos da análise dos processos clínicos dos doentes internados com o diagnóstico de intoxicação, no período de 1 de Janeiro de 2005 a 31 de Dezembro de 2007. As variáveis analisadas foram sexo, idade, residência, proveniência, apresentação, substância, local de ocorrência, proveniência do tóxico, contacto do centro de intoxicações, tempo decorrido até abordagem médica, tratamento pré-hospitalar, tratamento hospitalar, meios complementares de diagnóstico, tipo de intoxicação, duração do internamento em UICD e destino. **Resultados:** Verificaram-se 180 internamentos, com aumento progressivo ao longo dos anos (46, 63 e 71 casos respectivamente). A distribuição dos internamentos por idades considera-se bimodal, com um pico aos 2 anos (33 casos) e outro aos 15 anos (35 casos). A maioria das intoxicações voluntárias ocorreu em adolescentes do sexo feminino (62,7%), pelo contrário nas intoxicações acidentais não se verificou predominância de sexo (58 vs 54). A maioria dos doentes ficou internada menos de 24 horas (75,6%), das quais 81% teve alta para o domicílio. Ocorreram 12 transferências para outros hospitais. Vinte e um dos casos foram internados na Pediatria. Destes 7 tiveram alta para a consulta externa de Adolescência, 12 para a Pedopsiquiatria, um para o domicílio e outro foi transferido para outro hospital. Não se verificaram óbitos. **Conclusão:** Apesar de todos os esforços para reduzir o número de intoxicações em idade pediátrica verificou-se um aumento ao longo dos 3 anos. Salienta-se a grande percentagem de intoxicações acidentais (62,2%), o que chama a atenção para a necessidade de reforçar medidas de prevenção e segurança.

Palavras-chave: Intoxicações; Acidentais; Voluntárias

PD264- Doença de Kawasaki e surdez neurosensorial: uma complicação (in)esperada

Ana Novo¹, Susana Pinto¹, Catarina Prior¹, Sílvia Álvares², Teresa Soares², Margarida Guedes¹

1- Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto, EPE, 2- Hospital Maria Pia – Centro Hospitalar do Porto, EPE

Introdução: A Doença de Kawasaki (DK) traduz uma vasculite aguda, idiopática e auto-limitada, com atingimento inflamatório sistémico, ocorrendo predominantemente em crianças com idade inferior a 5 anos. Apesar de estabelecidos critérios clássicos de diagnóstico, estão descritos casos incompletos, sendo necessário um elevado grau de suspeição clínica para uma inter-

venção terapêutica precoce, que reduz a morbidade e mortalidade. Constitui actualmente a principal causa de cardiopatia adquirida na população pediátrica em países desenvolvidos, sendo o espectro de manifestações associadas alargado a outros sistemas, nomeadamente ao sistema nervoso central. **Descrição do Caso:** Criança de 3 anos de idade, do sexo masculino, previamente saudável, com febre elevada e tumefacção cervical direita (3 cm) a que se associaram, 4 dias depois, hiperémia conjuntival bilateral, queilite labial com eritema acentuado, exantema micropapular da face e tronco (predomínio axilar), edema e eritema palmo-plantares. Por suspeita de DK foi instituída terapêutica com imunoglobulina endovenosa (2g/Kg-perfusão única) e ácido acetilsalicílico (AAS) (80mg/Kg/dia-10dias). Verificada apirexia 24 horas após início de perfusão e regressão progressiva da restante sintomatologia. Efectuado ecocardiograma que excluiu atingimento cardíaco (nomeadamente aneurisma/ectasia das coronárias). Ao 14º dia de doença foi constatada pelos pais diminuição súbita da acuidade auditiva. Realizados potenciais evocados auditivos (onda V presente até 70dB à direita e ausência de resposta a 110dB à esquerda) e audiometria que evidenciou surdez neurosensorial severa bilateral (70dB à direita e 100dB à esquerda; curva tipo B), pelo que foi iniciada corticoterapia oral (1.5mg/Kg/dia), após exclusão de níveis tóxicos de salicilémia ou hepatotoxicidade. Verificada melhoria franca da hipoacusia confirmada por audiometria de controlo após 6 dias e após 2 meses. Ecocardiograma às 6 semanas normal. **Comentários:** Este caso pretende sublinhar que apesar da coronariopatia constituir a complicação mais temida da DK, o envolvimento de outros sistemas não deve ser esquecido. Embora a surdez neurosensorial seja uma complicação raramente referida, ela é provavelmente subdiagnosticada. A avaliação auditiva de rotina nestes doentes pode constituir um instrumento útil na detecção precoce desta complicação, sendo que a instituição de corticoterapia se tem revelado eficaz na sua resolução.

Palavras-chave: Doença de Kawasaki; Surdez neurosensorial.

PD265- Enurese nocturna na infância – Como reagem pais e crianças?

Ana Santos¹, Pedro Rocha¹, Rita Lopes¹, Ana Macedo²

1- KeyPoint, Consultoria Científica Lda., 2- ForPoint, Instituto de Formação e Inovação na Saúde

Introdução: A enurese nocturna constitui um dos problemas do sono mais frequentes na infância, representando uma experiência potencialmente stressante, tanto para as crianças como para os seus pais/cuidadores, podendo conduzir a outro tipo de problemáticas psicológicas e comportamentais. **Objectivos:** Caracterizar a enurese nocturna em crianças com idade entre os 5 e os 10 anos relativamente a características demográficas e clínicas. Caracterizar a reacção das crianças e dos cuidadores face ao problema e as estratégias adoptadas para controlar a situação. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal, de uma amostra de crianças com idade entre os 5 e os 10 anos, com enurese nocturna. Recolheram-se dados demográficos e de caracterização da patologia e dos comportamentos associados à enurese, de pais e crianças, por entrevista directa aos cuidadores. Efectuaram-se análises descritivas e bivariadas, assumindo um nível de significância de 0,05. **Resultados:** De um universo de 2132 crianças incluíram-se 205 (10%) com episódios enuréticos, 52% do sexo masculino, idade média 6,2±1,7 anos. Destas 39% apresentavam episódios duas ou mais vezes por semana. Assume-se um diagnóstico de enurese segundo o DSMIV-TR em 4% das crianças [IC95%: 3-5%]. Em 78% dos casos tratava-se de enurese primária. Nos restantes casos, os principais motivos de reaparecimento do problema foram a entrada/mudança de escola, nascimento de um irmão e falecimento de familiar. Um terço apresentava algum familiar em 1º grau com história de enurese e 30% tinham recorrido a um médico. Segundo os cuidadores, após um episódio de enurese, 38% das crianças chora ou fica triste. Por outro lado, 50% referem que falam com a criança, sendo as estratégias predominantemente adoptadas: restringir o consumo de líquidos a partir de uma determinada hora (50%) e acordar/ajudar a criança durante a noite (37%). Verificaram-se associações significativas entre as reacções de cuidadores e crianças, bem como entre as estratégias adoptadas e as reacções dos pais: os pais que ralham e castigam são aqueles que, em maior percentagem, restringem o consumo de líquidos e, a adopção de um calendário/mapa para marcar os episódios é mais frequente para crianças mais velhas. **Conclusão:** A enurese é um problema que afecta a criança e a relação com os cuidadores, sendo importante conhecer os seus determinantes e consequências para melhor adequar estratégias para lidar com a situação.

Palavras-chave: Enurese Prevalência Comportamentos Estratégias

PD266- Pustulose eosinofílica no lactente

Ruben Rocha¹, Hugo Cavaco¹, Iris Maia¹, Isabel Cunha¹, Teresa Pereira², Joana Rocha²

1- Hospital de S. Marcos, 2- Hospital S. Marcos - Dermatologia

Introdução: A pustulose eosinofílica é uma doença rara, de etiologia não esclarecida, caracterizada por lesões cutâneas papulo-vesículo-pustulares que atingem preferencialmente a cabeça e região superior do tronco, por vezes associada a eosinofilia periférica. **Caso clínico:** Lactente do sexo feminino com 1 mês de idade, raça caucasiana, com antecedentes de prematuridade, pneumonia congénita, hemorragia subependimária grau I e icterícia neonatal. Recorreu ao Serviço de Urgência por apresentar lesões vesículo-pustulares na região da face, couro cabeludo, terço superior da região anterior do tórax e membros superiores, com 2 dias de evolução, sem atingimento de mucosas, não associadas a febre ou outra sintomatologia. Mãe com herpes labial em fase activa com 7 dias de evolução. Analiticamente tinha 24300 leucócitos/uL com 10800 linfócitos/uL e 2400 eosinófilos/uL. Por suspeita de primoinfecção por herpes simplex cumpriu 7 dias de tratamento com aciclovir endovenoso, sem melhoria. Os exames serológicos e identificação de DNA por PCR para Herpes simplex tipo I e II no sangue e no citológico de Tzank foram negativos. O exame microbiológico de zaratoga cutânea foi positiva para *Staphylococcus aureus*. A biopsia cutânea efectuada concluiu tratar-se de uma pustulose eosinofílica. Foi efectuado tratamento com eritromicina tópica, com melhoria significativa das lesões.

Conclusão: Os autores gostavam de realçar a importância de considerar a pustulose eosinofílica no diagnóstico diferencial de eczema herpético, em lactentes com lesões pustulosas, mesmo na presença de contexto epidemiológico provável.

Palavras-chave: Pustulose eosinofílica, eczema herpético

PD267- Ingestão de tóxicos numa urgência pediátrica: Casuística 2005-2007

Miguel Salgado, Sandrina Martins, Cristiana Ribeiro, Joana Rios, Teresa Bernardo

Centro Hospitalar Alto Minho - Viana do Castelo

Introdução: A ingestão de produtos tóxicos pela população pediátrica continua a ser um problema global e sub-referenciado. Em Portugal, em 2006, as ocorrências registadas superaram as 10.000, sendo os medicamentos responsáveis por mais de metade dos tóxicos implicados. **Objectivos:** Quantificar e caracterizar a ocorrência de ingestão de tóxicos na nossa população pediátrica. **Métodos:** Através do sistema informático Alert@ foram pesquisados todos os episódios de urgência em crianças dos 0 aos 11 anos triadas como "sobredosagem ou envenenamento", de 1 de Maio de 2005 até 31 de Dezembro de 2007. A análise estatística foi realizada com base na informação da ficha de urgência e dos respectivos processos de internamento, se existentes. **Resultados:** Durante o referido período deram entrada na urgência hospitalar 72 casos de intoxicação, 67% do sexo masculino e 92% com idade inferior a 4 anos. Os medicamentos foram responsáveis por 64% dos tóxicos (benzodiazepinas 28%, anti-histamínicos e descongestionantes 17%, anti-asmáticos 15%) seguidos pelos produtos de limpeza 24%, pesticidas e venenos 6% e em menor quantidade cosméticos, combustíveis e baterias. A ingestão foi accidental em 94% dos casos, em 4% ocorreu erro terapêutico na administração e houve 1 caso de maus-tratos. Não se registaram tentativas de suicídio. O Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) foi contactado em 60% dos casos (39% em 2005 e 74% em 2007). Os procedimentos mais usados foram a fluidoterapia e.v. 33%, análises ao sangue e urina 26%, lavagem gástrica 25% e ingestão de carvão activado 21%. O tempo médio de observação foi de 10 horas, sendo que 88% dos casos tiveram alta e 11% foram internados. Uma das crianças necessitou de transferência, não havendo registo de qualquer óbito. **Conclusão:** As intoxicações são um fenómeno vulgar na idade pediátrica e, embora potencialmente fatais, a maioria resolve sem sequelas. O seu diagnóstico deve ser considerado em qualquer criança com comportamento inadequado ou alteração da consciência. Os tóxicos mais prevalentes coincidem com outros estudos e são produtos que existem em todos os lares. É fundamental apostar na prevenção, reforçando o ensino nas escolas e nos meios audiovisuais. A linha telefónica CIAV tem sido muito útil no tratamento e encaminhamento adequado e atempado.

Palavras-chave: Ingestão, tóxicos, intoxicações.

PD268- Luxação Congénita do Joelho. A experiência do Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto – Unidade Hospital Maria Pia.

Luísa Neiva Araújo¹, Eduardo Almeida²

1- Centro Hospitalar do Porto - Unidade Hospital Maria Pia, 2- Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar do Porto - Unidade Hospital Maria Pia

Introdução: A luxação congénita do Joelho (LCJ) é uma deformidade relativamente rara, com uma incidência de 1:100000, cerca de 1% da incidência de luxação congénita da anca (LCA). Faz parte do grupo das deformidades de hiperextensão do joelho, sendo característico desta patologia o deslocamento anterior da tibia em relação ao fémur com graus variáveis de perda de contacto entre estas duas superfícies articulares. Não há consenso quanto à etiologia, sugerindo-se possíveis causas intrínsecas (genéticas ou displásicas) ou extrínsecas (mecânicas), podendo ambas coexistir no mesmo paciente. Associa-se com frequência a outras deformidades congénitas, nomeadamente luxação congénita da anca, cotovelo e cabeça do rádio, pé boto e coxa valga, salientando-se a importância do exame ortopédico completo. O diagnóstico é clínico, confirmado pelo exame radiológico. Pode também ser suscitado nas ecografias de rastreio pré-natal. O tratamento depende da gravidade da luxação, idade do paciente e da presença de outras deformidades associadas. Deve ser precoce e iniciar-se pelos métodos conservadores (manobras de redução imediata ou progressiva da luxação, fazendo manipulação através de exercícios de flexão progressiva ou recorrendo a tracção esquelética, com estabilização do tratamento utilizando gessos correctivos). O tratamento cirúrgico está indicado nos casos graves e irredutíveis e quando há falência dos métodos conservadores, idealmente antes do início da marcha. **Objectivo:** O objectivo deste trabalho é apresentar a experiência do Serviço de Ortopedia do CHP – Unidade Hospital Maria Pia em LCJ. **Material e Métodos:** Realizou-se uma análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes com o diagnóstico de LCJ. **Resultados:** Apresentam-se 4 casos clínicos de LCJ, respectiva intervenção terapêutica, evolução e prognóstico. Três destes doentes foram tratados por métodos conservadores e apenas um foi submetido a tratamento cirúrgico. **Conclusões:** É muito importante o diagnóstico e tratamento precoce da LCJ, por serem determinantes no prognóstico final. O exame objectivo deve ser cuidadoso e excluir outras deformidades que possam estar associadas. De um modo geral, as deformidades de hiperextensão do joelho devem ser corrigidas logo após o nascimento, altura em que existe maior elasticidade ligamentar, o que facilita o tratamento, impede o agravamento natural da deformidade e melhora o prognóstico.

Palavras-chave: Joelho, luxação congénita, tratamento

PD269-Quisto esplénico congénito: um caso clínico

Andreia Mascarenhas¹, Silvia Jorge², Hugo Queimado³, Mafalda Martins²

1- Centro Hospitalar de Cascais, 2- Centro Hospitalar de Cascais - Serviço de Pediatria Médica, 3- Centro Hospitalar de Cascais - Serviço Cirurgia Geral

Introdução: Os quistos esplénicos são entidades raras. Estão descritos 1000 casos na literatura, calculando-se uma incidência de cerca de 0.07%. Os quistos congénitos, que representam cerca de 2.5% de todos os quistos esplénicos, são mais frequentes em crianças e adultos jovens do sexo feminino. Normalmente são lesões únicas, assintomáticas, constituindo achados imagiológicos. Podem manifestar-se por dor abdominal, sintomas devido a compressão de órgãos adjacentes e massa palpável. Complicações surgem em 15-20% dos casos (infecção, hemorragia, ruptura). Os meios de imagem têm um papel importante no seu diagnóstico (ecografia, TAC, RM) mas o diagnóstico definitivo é anatomo-patológico. Preconiza-se tratamento conservador. Se sintomáticos ou com dimensões superiores a cinco centímetros está indicada a terapêutica cirúrgica. **Caso Clínico:** Criança de 10 anos de idade, antecedentes familiares e pessoais irrelevantes, internada por traumatismo toraco-abdominal menor, na sequência do qual refere dor abdominal difusa. À observação queixosa, palidez cutânea, sem alterações hemodinâmicas significativas, abdómen difusamente doloroso, com reacção peritoneal. Analiticamente hemoglobina 13,3 mg/dl, hematócrito 37,3%, globulos brancos 32.420 x10³ /uL (neutrófilos 82%). Ecografia abdominal – ruptura de baço condicionando hemoperitoneu. Submetida a esplenectomia total, identificando-se ruptura de quisto esplénico volumoso. Exame anatomo-patológico compatível com quisto congénito de epitélio estratificado pavimentoso. Alta clinicamente bem no 5º dia pós-operatório. **Comentários:** A ruptura de um quisto congénito, como apresentação clínica inicial, é uma situação rara, sendo mandatória a terapêutica cirúrgica. O tamanho do quisto não permitiu a preservação do órgão, optando-se pela esplenectomia total.

Palavras-chave: Quisto esplénico; quisto congénito; abdómen agudo.

PD270- Exantema raro que não deve ser esquecido...

Teresa São Simão, Ana Paula Fernandes, Angela Dias, Manuel Oliveira, Pedro Monteiro, Armandina Silva, Olga Pereira
Centro Hospitalar Alto Ave

Introdução: O exantema láterotorácico unilateral é uma erupção eritemato-papulosa que surge inicialmente num lado do tórax geralmente a nível axilar podendo evoluir de forma centrífuga para a região contralateral e desaparece após 4-6 semanas sem necessidade de tratamento específico. A causa deste exantema é desconhecida embora suas características apontem para uma etiologia viral. **Descrição do Caso:** Descreve-se o caso clínico de uma criança, sexo feminino, 9 meses de idade que recorre ao Serviço de urgência no mês de Agosto por febre com quatro dias de evolução (pico de 39° axilar), vômitos alimentares e aparecimento de erupção pruriginosa com três dias de evolução. Teve alta para o domicílio. Cerca de cinco dias depois, recorre novamente ao serviço de urgência. Ao exame objectivo apresentava-se com máculas, pápulas e vesículas eritmatosas, atingindo o hemitórax direito e membro superior direito com distribuição zosteriforme. Analiticamente apresentava hemograma, leucograma e plaquetas normais, PCR negativa, urocultura, serologias TORCH e marcadores víricos negativos. A biópsia de pele mostra retalho de epiderme com discreta acantose e paraqueratose focal, e de derme superficial com moderado infiltrado inflamatório linfocitário perivascular, o qual permeia a epiderme, observando-se exocitose linfocítica, espongióse multifocal e presença de inúmeros queratinócitos apoptóticos. Esteve seis dias internada medicada com corticoterapia oral durante três dias e cetirizina, a evolução clínica foi favorável com resolução progressiva do exantema. Avaliada três semanas após a alta, apresentava-se assintomática com resolução completa do exantema. **Discussão:** Este caso relembra um exantema cuja raridade se relaciona como desconhecimento das suas características clínicas. O seu reconhecimento pode facilitar o diagnóstico diferencial em relação a outras doenças exantemáticas como dermatite de contacto, pitiríase rosada, herpes zoster e outras doenças cutâneas com distribuição linear (ex: líquen estriado, morfeia). Este é um exantemavulgarmente reconhecido como um exantema viral inespecífico e que é necessário relembrar como uma entidade com características bem definidas cujo o diagnóstico é clínico.

Palavras-chave: Exantema láterotorácico, exantema vírico.

PD271- Esclerose Tuberosa – A propósito de um caso clínico.

Ana Catarina Faro¹, Ana Ramalho¹, Glória Silva¹, Patrícia Santos¹, Lucinda Pacheco¹, Rui Anjos², Carlos Pereira Duarte¹

1- Hospital do Divino Espírito Santo, 2- Hospital de Santa Cruz

Introdução: A esclerose tuberosa é uma doença autossómica dominante, com atingimento de múltiplos órgãos e sistemas. **Descrição do Caso Clínico:** Criança do sexo masculino, actualmente com 7 anos de idade. Irmão falecido aos 5 dias de vida, por múltiplos tumores cardíacos de grandes dimensões, compatíveis com esclerose tuberosa. Confirmação posterior de esclerose tuberosa no pai. Diagnóstico de múltiplos tumores cardíacos no 2º trimestre de gravidez, pelo que foi realizada cesariana electiva às 38 semanas. Nasceu bem. Realizou ecocardiograma ao quinto dia de vida, confirmando-se a presença de múltiplos rabdomiomas cardíacos. A ecografia renal, realizada com um mês de vida, mostrou múltiplas lesões quísticas bilaterais. A TAC CE, aos 3 meses, mostrou nódulos subependimários bilaterais. A RM CE mostrou múltiplos hamartomas subependimários e cerebrais bilaterais. Aos 4 meses de vida foi internado por espasmos de flexão, com 4 dias de evolução. O EEG mostrava hipsiarritmia. Iniciou valproato de sódio e prednisolona com boa resposta clínica. Posteriormente suspendeu valproato, iniciando vigabatrina. Durante este internamento diagnosticou-se HTA, de difícil controlo, apesar de terapêutica tripla com doses crescentes de nifedipina, captopril e propranolol, condicionando hipertrofia ventricular bilateral. A observação oftalmológica mostrou múltiplos facomas. Actualmente é seguido em consultas de Apoio Nefrologia Pediátrica, Neuropediatria, Cardiologia Pediátrica, Dermatologia e Oftalmologia. A sua TA tem estado controlada desde Junho de 2007, com propranolol e captopril. Tem realizado ecografias renais de controlo, mantendo lesões quísticas, com dimensões estáveis. Os rabdomiomas têm vindo a diminuir progressivamente de dimensões, já sem sinais de hipertrofia ventricular. Actualmente apresenta angiofibromas faciais, placas moluscóides planas lombar e abdominal superior, manchas acrómicas abdominais e fibromas pêndulos cervicais. Mantém episódios de hipotonia do hemicorpo direito, com frequência variável, em contexto de displasia temporo-occipital esquerda (diagnosticada por RM CE), de difícil controlo apesar de terapêutica em doses elevadas de vigabatrina. Iniciaram-se estratégias de intervenção precoce, apresentando actualmente um aproveitamento escolar

razoável. **Discussão:** Este caso clínico vem sobretudo mostrar a importância do seguimento destas crianças por uma equipa multidisciplinar, permitindo o tratamento precoce das complicações inerentes a esta patologia.

Palavras-chave: Esclerose tuberosa, rabdomiomas, angiofibromas.

PD272- Malformações Congénitas do Aparelho Genital Feminino

Susana Gomes¹, João Henriques², Fátima Alves², Ricardo Mira³, Filipe Catela Mota²

1- Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, 2- Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia, 3- Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Dona Estefânia

Introdução: As malformações congénitas do aparelho genital feminino constituem um amplo espectro clínico de patologias cuja ocorrência pouco frequente, associada ao início tardio de manifestações, contribui para que esta entidade nosológica seja frequentemente sub-diagnosticada em idade pediátrica. **Objectivos:** Identificar e caracterizar as doentes seguidas nos Serviços de Cirurgia Pediátrica e Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Dona Estefânia com o diagnóstico de malformação congénita do aparelho genital feminino. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo das doentes com malformação congénita do aparelho genital feminino, através da consulta dos processos clínicos codificados com esse diagnóstico durante o período compreendido entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2007. **Resultados:** Durante o período do estudo foram identificados 48 casos de malformações congénitas do aparelho genital feminino. As malformações útero-vaginais foram as mais frequentes (26), 19% das quais foram identificadas em idade pediátrica, na sequência de quadro clínico emergente, com necessidade de drenagem de hematocolpos. As situações diagnosticadas em idade adulta corresponderam a malformações sem obliteração completa do lúmen vaginal e o principal motivo de seguimento em consulta de ginecologia foi a infertilidade primária. Das malformações anexiais identificadas (11), 9 corresponderam a quistos ováricos com diagnóstico pré-natal e orientação para avaliação posterior por Cirurgia Pediátrica no período neonatal. Registaram-se 9 casos de ambiguidade genital (virilização) em crianças com hiperplasia congénita das glândulas supra-renais e genotipo feminino. Em 6 casos a virilização genital foi a única manifestação clínica da endocrinopatia. Foi identificado 1 caso de malformação perineal (cloaca) e 1 caso de hermafroditismo verdadeiro. A ocorrência simultânea de malformações nefro-urológicas foi identificada em 40% (2) das crianças e 9,5% (2) das adultas com malformações útero-vaginais. **Discussão:** Apenas uma pequena proporção de malformações útero-vaginais foi identificada na idade pediátrica, correspondendo a situações com necessidade de actuação emergente, o que exige um elevado grau de suspeição. O diagnóstico ecográfico pré-natal permitiu a identificação e seguimento atempado das malformações anexiais quísticas. A ocorrência de malformações nefro-urológicas na população adulta poderá estar sub-diagnosticada pela ausência da pesquisa sistemática das mesmas.

Palavras-chave: Malformações congénitas dos genitais femininos, ambiguidade genital, virilização.

PD273- Fracturas Supracondilianas do Úmero em Crianças - o lado mau da brincadeira...

Cristina Varino Sousa, António Félix, Luis Pires Silva, Paulo Gonçalves, Francisca Gonzalez
Centro Hospitalar do Alto Minho

A fractura supracondiliana do úmero na criança é uma fractura frequente como resultado de quedas no desporto ou em brincadeiras. Constitui uma preocupação constante nas fase inicial (lesões vasculares e nervosas), durante o tratamento (controlo e manutenção da redução) e recuperação (limitação da mobilidade, desvios angulares e lesões das fises). As fraturas supracondilianas mais complexas necessitam de tratamento cirúrgico. Realizamos um estudo em que foram reavaliadas 20 crianças com diagnóstico de fractura supracondiliana atendidas no Serviço de Urgência do CHAM no período compreendido entre Janeiro de 2006 e Junho de 2008 que foram submetidos ao tratamento cirúrgico ou manipulação no bloco operatório e internados no serviço de pediatria. A maioria dos pacientes foram tratados cirurgicamente através de redução incruenta e fixação com fios de Kirschner. Foram usados predominantemente 2 fios K paralelos, ou então 2 fios K cruzados e em um caso foram utilizados 3 fios K. Em 5 casos foi necessária redução aberta do foco por interposição de tecidos moles e incapacidade de redução fechada. Com relação aos resultados, a grande maioria apresentou resultados: excelentes e/ou bons. **Resultados:** A maioria das crianças foram vítimas de queda.

Nenhuma criança apresentou fractura exposta. Na reavaliação avaliou-se o ângulo de carregamento, a mobilidade articular e a presença de complicações. Os resultados foram avaliados de acordo com os critérios de Flynn. Como complicações observaram-se: 1 extracção prematura dos fios na realização de cuidados de penso, infecção cutânea superficiais provocada por maceração do fio. Nenhuma das crianças foi reintervencionada. Não foram descritas lesões neurológicas nem osteomielite, cúbito varo e anquilose do cotovelo. Embora as fracturas supracondilíneas do úmero em crianças possam estar associadas a múltiplas complicações; uma selecção criteriosa das fracturas com indicação cirúrgica, uma boa redução anatómica e fixação e um tratamento de fisioterapia adequados permitem em conjunto a obtenção de resultados bons/excelentes

Palavras-chave: Queda cotovelo fractura.

PD274- Exercício Físico em Idade Pediátrica

José Ernesto Samarão, Maria Antonieta Dias
Centro de Saúde de Braga I - Carandá

Introdução: Quando ao longo da infância e adolescência são adquiridos determinados padrões de actividade física (AF) e estilos de vida saudáveis, é mais provável que estes se mantenham durante toda a vida. Não há dúvida que o exercício físico (EF) e a AF são benéficos para o desenvolvimento saudável dos tecidos músculo-esqueléticos, do sistema cardiovascular e do sistema neuro-muscular. Contribuem também para a manutenção do peso corporal adequado e para o desenvolvimento social e psicológico. Apesar das várias vantagens do EF nas idades pediátricas, nem todos os exercícios podem ser praticados nas diferentes idades e em todos os indivíduos da mesma forma, tendo de ser adaptados. **Objectivos:** Conhecer e saber recomendar o EF nas diferentes idades pediátricas. **Metodologia:** Foi efectuada uma pesquisa nas bases de dados da Medline, Cochrane, Bandolier, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Pediatrics, American College of Sports Medicine, Up-to-date, National Guideline Clearinghouse, National Library of Guidelines, National Institute for Health and Clinical Excellence e no Índice de Revistas Médicas Portuguesas, entre 1998 e 2008, em língua portuguesa e inglesa com as palavras-chave: Exercício Físico, Actividade Física, Criança e Adolescente. **Resultados:** Foram encontradas recomendações específicas para as diferentes idades pediátricas (0-12 meses; 12-36 meses; 3-6 anos; 7-10 anos e maiores de 10 anos) relativamente aos objectivos, à duração e ao tipo de EF. **Discussão e Conclusões:** É importante realçar a escassez de trabalhos de investigação em crianças nesta área, dadas as implicações éticas e, por isso, não há orientações exactas. As recomendações do EF devem ser baseadas nas características individuais da criança, no nível de maturidade, nas capacidades e nas experiências anteriores, estabelecendo como objectivos a aquisição das capacidades motoras básicas, o aumento dos níveis de AF, o desenvolvimento das capacidades sociais e a diversão.

Palavras-chave: Exercício Físico, Criança, Adolescente.

PD275- Má evolução estatura-ponderal- Causa rara

Patricia Nascimento¹, Carla Laranjeira¹, Amélia Moreira¹, Susana Peres¹, Gabriela Soares², Ana Paula Fernandes¹
1-Centro Hospitalar Alto Ave- Unidade Guimarães, 2-Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães-INSA-Porto

Introdução: A má progressão estatura-ponderal é causa frequente de referência a consulta de pediatria. As etiologias são inúmeras. As cromossomopatias são uma causa rara, sendo o Síndrome de Turner uma das etiologias mais frequentes entre estas, atingindo cerca de 1:1800 a 1: 5000 recém-nascidos do sexo feminino. **Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança do sexo feminino, filha de pais jovens e não consanguíneos, com antecedentes perinatais e patológicos irrelevantes. A história familiar é irrelevante, com excepção de dificuldades cognitivas ligeiras na mãe. Aos 15 meses foi referenciada à consulta de pediatria por má evolução estatura-ponderal. Ao exame objectivo para além do peso e estatura abaixo do percentil 5 eram evidentes estigmas dismórficos (face grosseira, pescoço curto), atraso de desenvolvimento psicomotor (ADPM), fossetas sacrococígeas, hipotonia axial, hiperlaxidez articular e assimetria das pregas nadegueiras. A radiografia das ancas mostrou luxação congénita da anca esquerda, tendo sido submetida a cirurgia correctiva. O cariótipo com bandas de alta resolução revelou uma monossomia parcial do cromossoma X e trissomia do braço longo do cromossoma 12 [46x,der(X)(X;12)(p23.3;q24.1)mat]. Detectada translocação recíproca entre os mesmos segmentos do cromossoma X e 12, aparentemente equilibrada na mãe. Pai e avós maternos sem alterações cromossómi-

cas. Está orientada em consulta de Genética Médica e Pediatria Geral. Actualmente com 33 meses mantém má evolução estatura-ponderal e ADPM (ausência de marcha e atraso marcado da linguagem). **Discussão:** Os autores apresentam este caso pela raridade da alteração cromossómica detectada, cujas manifestações fenotípicas permanecem ainda pouco esclarecidas. Esta anomalia compreende uma perda de material genético do cromossoma X, pelo que algumas das características clínicas serão sobreponíveis às do Síndrome de Turner. Outras manifestações, não habituais no Síndrome de Turner, como o ADPM, serão atribuíveis à trissomia parcial do cromossoma 12. O facto de a mãe apresentar uma translocação aparentemente equilibrada mas ter atraso cognitivo ligeiro poderá ser explicado pela inactivação preferencial do cromossoma X translocado, levando a monossomia funcional do segmento correspondente do cromossoma 12.

Palavras-chave: Má evolução estatura-ponderal, atraso cognitivo, hipotonia, translocação (X;12).

PD276- Síndrome de Waardenburg tipo I: a propósito de um caso clínico

Diana Moreira, Joana Rios, Isabel Pinto Pais, Marta Vila Real, Jorge Sales Marques
Centro Hospitalar de Gaia/Espinho - EPE

Introdução: O Síndrome de Waardenburg (SW) é uma doença hereditária, com expressividade variável e penetrância incompleta, com incidência estimada 1 em 42 000 indivíduos, caracterizado por anomalias da face, albinismo parcial e surdez neurosensorial. Dependendo das alterações associadas o SW pode ser classificado em 4 tipos. Os autores apresentam um caso clínico de SW tipo I. **Caso Clínico:** Criança do sexo feminino, 8 anos de idade, raça caucasiana, segunda filha de casal não-consanguíneo, com crescimento e desenvolvimento psicomotor adequado à idade, sem sinais ou sintomas de doença de Hirschsprung. História familiar de mecha de cabelos brancos na região frontal (avó paterna e primo paterno) e sem história de surdez familiar conhecida. Ao exame objectivo detectada fácies típica – deslocamento lateral do canto medial e do ponto lacrimal inferior, raiz nasal proeminente e alargada, hiperplasia da porção medial dos supercílios (sinofris) associada a mancha hipopigmentada congénita localizada no membro inferior direito, mancha hiperpigmentada localizada na região dorsal, ausência de mecha de cabelos brancos e alterações dos membros. O exame oftalmológico revelou heterocromia completa da íris, fundo ocular hipopigmentado e dystopia canthorum. A avaliação auditiva demonstrou ligeira hipoacusia neurosensorial esquerda. Os restantes exames complementares de diagnóstico permitiram excluir alterações genitourinárias e cardiovasculares. **Comentários:** Neste caso clínico foram identificados 3 critérios major (surdez neurosensorial, alteração da pigmentação da íris e dystopia canthorum) e 3 critérios minor de diagnóstico do SW tipo I (hipopigmentação da pele, sinofris e raiz nasal proeminente e alargada). Os autores pretendem realçar a importância da identificação das alterações fenotípicas do SW, com o objectivo de um diagnóstico precoce de surdez e aconselhamento genético adequado.

Palavras-chave: Surdez, albinismo parcial, heterocromia da íris.

PD277- Pé Plano – experiência do Serviço de Ortopedia do Hospital de Santo António

Rui Claro¹, Carla Laranjeira², Ângelo Encarnação¹, Armando Campos¹, António Oliveira¹
1- Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António, 2- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães

Introdução: A entidade “pé plano” em crianças é uma situação frequentemente observada na prática clínica. Por norma é mais uma preocupação dos familiares sobre um suposto defeito estético do pé, do que propriamente uma patologia. Na avaliação inicial é importante a diferenciação entre pé plano flexível (dinâmico ou adinâmico) e pé plano não-flexível (rígido e doloroso); bem como entre doloroso e indolor. A grande maioria dos casos são do tipo flexível e indolor e não necessitam de tratamento. O tratamento cirúrgico reserva-se para situações especiais, nomeadamente: pés planos congénitos, pés planos rígidos e pés planos flexíveis adinâmicos. **Material e Métodos:** Entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2005, 68 crianças com pés planos foram submetidas a cirurgia. Um caso por astrágalo-vertical congénito bilateral, 2 casos por “barra társica” unilateral e 65 casos por pés planos flexíveis adinâmicos. A todos os doentes foi realizada avaliação clínica, funcional e radiológica. **Resultados:** Revisão retrospectiva de 135 pés planos infantis operados, com follow-up médio de 47 meses (10 a 84 meses). Vinte e cinco doentes do sexo feminino e 43 do sexo masculino, com uma idade média de

7 anos (4 meses a 12 anos). Em todos os casos foi observada uma melhoria clínica e funcional final. A dor foi resolúvel em 100% dos casos de pés planos rígidos por “barra társica”. Um caso de recidiva parcial num doente com astrágalo vertical congénito. Ausência de complicações tardias (infecção, falência do material, ou marcha dolorosa). Em nenhum caso estudado foi realizada cirurgia de revisão. **Discussão:** Existe controvérsia sobre o pé plano flexível nas crianças, fundamentalmente no que se refere à classificação como processo patológico ou se pelo contrário é um estágio da história natural do desenvolvimento do pé. Permanecendo o debate sobre qual o melhor tratamento. A melhoria funcional dos doentes foi satisfatória e concordante com dados publicados por outros autores. **Conclusão:** O pé plano infantil na sua variante flexível e dinâmico representa a maioria dos casos de pé plano (cerca de 70%) e não necessita de tratamento. O tratamento cirúrgico está indicado para casos de pés planos flexíveis adinâmicos e pés rígidos dolorosos, com bons resultados funcionais. Os casos de pior prognóstico são os doentes com pés planos congénitos (astrágalo vertical).

Palavras-chave: Pé Plano, Tratamento Cirúrgico, Operação de Calcâneo-Stop

PD278- Luxação traumática da anca – Relato de um caso clínico

Nicole Silva, Ricardo Maia, Álvaro Gil, Bartol Tinoco, Pedro Silva, Henedina Antunes
Hospital de São Marcos

A luxação traumática da anca é uma entidade clínica pouco frequente em idade pediátrica, sendo as luxações posteriores mais frequentes. Alguns estudos sugerem uma maior incidência no grupo etário dos 12 aos 15 anos. Os factores de prognóstico incluem a severidade da lesão, o intervalo de tempo entre a luxação e a redução, o tipo de tratamento, o período de descarga, a recorrência e o desenvolvimento de osteonecrose da cabeça femoral, que ocorre em 8-10% dos casos. A redução completa pode ser impedida pela interposição da cápsula, rebordo acetabular ou fragmento osteocartilaginoso, sendo por vezes necessário a redução aberta. Apresentamos o caso de uma adolescente, de 12 anos, previamente saudável, trazida ao SU após queda sobre o joelho esquerdo ao jogar futebol. À admissão apresentava encurtamento, flexão e rotação interna do membro inferior esquerdo. A radiografia (Rx) antero-posterior da bacia revelou disrupção da linha de Shenton e aumento do espaço articular confirmando-se a luxação posterior da anca. Foi feita a redução fechada na primeira hora após o traumatismo tendo iniciado descarga com tracção cutânea. A Rx antero-posterior da bacia de controlo revelou ainda um aumento do espaço articular do membro afectado comparativamente ao membro contralateral tendo sido solicitada TAC pélvica que revelou um fragmento osteocondral livre com 2cm de diâmetro transversal por 5mm de espessura. Pela dificuldade em determinar o ponto de origem do fragmento foi solicitada RMN que corroborou os achados tendo sido realizada redução aberta, tendo-se visualizado avulsão do ligamento redondo. Nove meses após a luxação encontra-se assintomática e sem alterações imagiológicas de relevo na radiografia. Apresentamos o caso clínico pela sua raridade e pela necessidade de rápido diagnóstico e encaminhamento destes doentes. Apesar da rápida redução da luxação, a necessidade de redução aberta e a interposição de fragmento osteocondral conferem à doente um pior prognóstico, encontrando-se no entanto a doente assintomática até à data.

Palavras-chave: Desporto, Luxação traumática anca.

PD279- Intoxicações agudas – Estudo de prevalência num Hospital Distrital 2007-2008

Andreia Leitão, Sofia Fernandes Paupério, Álvaro Sousa, José Guimarães Dinis
Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso

Introdução: As intoxicações acidentais representam cerca de 91% das intoxicações em idade pediátrica e 0,5 a 1% das urgências pediátricas. São mais comuns antes dos 5 anos de idade, sendo o pico de incidência aos 2 anos. De realçar que acontece um segundo episódio de ingestão de tóxicos no ano seguinte em 25% dos casos. As substâncias responsáveis por intoxicações mais frequentes são os medicamentos, principalmente antipiréticos e psicofármacos, e produtos domésticos. Os agentes mais perigosos são antidepressivos, fármacos com acção cardiovascular, salicilatos, opiáceos, teofilinas, anticonvulsivantes, anti-diabéticos orais, ferro, isoniazida e anticolinérgicos. Relativamente aos produtos domésticos, os mais perigosos são os hidrocarbonetos, pesticidas e álcoois. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo longitudinal, entre Maio de 2007 e Maio de 2008, de intoxicações agu-

das em idade pediátrica com recurso ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA) – Unidade de Santo Tirso. As fichas de urgência correspondentes a esse período foram submetidas a análise, com destaque para idade, sexo, agente da intoxicação, evolução clínica e medidas terapêuticas. **Resultados:** Verificaram-se 22 intoxicações durante o período estudado. Constituíram cerca de 0,23% das admissões no Serviço de Urgência do nosso Hospital. Onze crianças eram do sexo feminino, havendo domínio do grupo etário 3- 4 anos. Todos os casos tiveram boa evolução clínica, sendo a taxa de mortalidade nula. Os agentes mais frequentemente implicados foram medicamentos, seguidos dos produtos domésticos. **Discussão:** A idade crítica foi 3-4 anos de idade. A maioria das intoxicações foi acidental, com uma pequeníssima minoria por ingestão intencional. A maioria dos casos foi admitida no Serviço de Urgência nas duas primeiras horas de ingestão. O preceito alerta da intoxicação e apropriadas medidas terapêuticas parece contribuir para o bom prognóstico. **Conclusão:** Os medicamentos e os produtos domésticos continuam a ser importantes causas de intoxicações agudas em idade pediátrica. A idade e as circunstâncias em que ocorre a intoxicação apontam para a ausência de medidas preventivas ou sua falência.

Palavras-chave: Intoxicação, acidentes infantis.

PD280- “Intervir precocemente na gravidez promove ganhos em saúde na criança.”

Marta Sena Gromicho, Ana Rita Eusébio, Patrícia Santos, Isabel Loureiro, Teresa Maia
Escola Nacional de Saúde Pública

Dado o aumento da prevalência das perturbações mentais em todo o mundo, a promoção, prevenção e intervenção precoce tornam-se imprescindíveis, especialmente num período charneira na vida pessoal e familiar, o nascimento do primeiro filho. Existe consenso global e unânime de que determinados comportamentos parentais são determinantes para o desenvolvimento e saúde de uma criança. Considerando o período perinatal ou seja, desde a concepção até aos dois anos de vida, na perspectiva de saúde mental, destaca-se a necessidade de uma maior atenção à promoção da saúde mental na gravidez e primeiro ano de vida. Através de revisão bibliográfica tentamos responder à questão “Terá a qualidade da relação de intimidade do casal numa primeira gravidez efeitos positivos na “nova família?”. Foram revistos 21 documentos e proposta a aplicação do modelo PRECEDE-PROCEED para planear, desenhar, implementar e/ou avaliar programas relativos a qualidade de vida e questões da saúde nomeadamente saúde materna e infantil. Verificou-se que uma intervenção efectiva durante a gravidez trará benefícios mensuráveis não só para os pais mas também para as crianças e que esses benefícios são maiores quanto mais precoce for essa intervenção. Este estudo permite concluir que o modelo PRECEDE-PROCEED facilita o diagnóstico das necessidades e o planeamento da intervenção de uma forma compreensiva. Se os programas aplicados, na área da Saúde Materna se apoiarem neste modelo, podem alcançar-se ganhos em Saúde, principalmente numa primeira gravidez, não só para a criança mas também para os pais.

Palavras-chave: Promoção, Saúde Mental, Planeamento.

PD281- Osteodistrofia Hereditária de Albright e Pseudohipoparatiroidismo – caso clínico

Liliana Macedo¹, Joana Rocha², Armandina Silva¹, M. Luísa Malheiro¹
1- Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., 2- Hospital S.Marcos

A Osteodistrofia Hereditária de Albright (OHA) é uma entidade rara com um fenótipo típico podendo estar associada a resistência à acção da hormona paratiróide (PTH), sendo então designada por Pseudohipoparatiroidismo tipo Ia (PHP Ia). Pseudopseudohipoparatiroidismo (PPHP) é o termo usado nos casos de OHA com normal resposta à acção da PTH. Mutações no gene GNAS1 que codifica a proteína Gs alpha foram identificadas no PHP Ia e PPHP. Os autores apresentam o caso clínico de uma criança com obesidade, baixa estatura, atraso desenvolvimento psicomotor, braquidactilia e nódulos subcutâneos dispersos detectados no 1º ano de vida. Analiticamente apresentava elevação da PTH sérica, hipocalcemia, hiperfosfatemia e elevação moderada da tirotrópina (TSH), com o nível sérico de tiroxina e tri-iodotironina ligeiramente diminuídos. A biópsia de um dos nódulos subcutâneos revelou alterações características de ossificação primária. A Tomografia Computorizada cerebral evidenciou calcificações cortico-subcorticais na região frontal. O diagnóstico de PHP Ia foi baseado nas manifestações clínicas, bioquímicas e imagiológicas. A detecção de uma mutação em hetero-

zigotia no exão 7 do gene GNAS1 permitiu o diagnóstico molecular de OHA. Os autores apresentam este caso clínico por se tratar de uma entidade rara cujo diagnóstico atempado é fundamental no sentido de corrigir a hipocalcemia e a função tiroidea a fim de prevenir as complicações e reduzir a morbidade.

Palavras-chave: Calcificações cutâneas, Osteodistrofia Hereditária de Albright, Pseudohipoparatiroidismo tipo Ia, gene GNAS1

PD282- Síndrome PFAPA - Uma causa esquecida de febre periódica

Rita Jorge¹, Sofia Águeda¹, Joana Rebelo¹, Paulo Soares¹, Raquel Sousa¹, Ana Maria Maia¹, Inês Azevedo²

1-Hospital de São João, E.P.E. - Porto, 2-Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Hospital de São João, E.P.E. Porto

Introdução: A Síndrome PFAPA ou Síndrome de Marshall é uma entidade nosológica pediátrica, de etiologia desconhecida, provavelmente auto-inflamatória e cujo diagnóstico diferencial deve ser relembrado. Como o acró-nimo indica, caracteriza-se por episódios de febre recorrente, que se associam a estomatite aftosa, faringite e adenite cervical, ocorrendo em intervalos de 4-8 semanas. Trata-se de uma doença não hereditária, sem predomínio racial e de início abrupto, o que a distingue de outras patologias caracterizadas por febre periódica. Durante os períodos assintomáticos o crescimento e desenvolvimento da criança são normais. O diagnóstico é clínico e de exclusão, e o prognóstico excelente. **Caso Clínico:** Criança do sexo feminino, de 30 meses de idade, com antecedentes de episódios febris recorrentes com periodicidade mensal desde os 23 meses, associados a faringite e estomatite aftosa. História de 2 internamentos prévios pelos mesmos motivos, um deles associado a adenomegalias cervicais e a hepatomegalia. Apresentava febre com 4 dias de evolução, amigdalite, estomatite aftosa exuberante, adenomegalias cervicais bilaterais e esplenomegalia. Realça-se o bom estado geral da criança e o crescimento e desenvolvimento psicomotor adequados. Do estudo analítico inicial é de salientar PCR elevada (280 mg/L) e Monospot test® negativo. A hemocultura e as serologias víricas (EBV, CMV) foram negativas. A ecografia abdominal revelou ligeira esplenomegalia e baço acessório. O estudo imunológico não apresentava alterações. Iniciou, em regime de internamento, prednisolona na dose de 1 mg/kg/dia, durante 3 dias, com resolução drástica de todo o quadro clínico.

Conclusão: Os autores pretendem com este caso alertar para a necessidade de considerar a Síndrome de PFAPA como diagnóstico diferencial nos casos de febre recorrente em crianças pequenas. Realça-se ainda que esta patologia, muitas vezes interpretada como infecções de repetição por diferentes agentes, é a causa mais frequente de febre periódica em idade pediátrica, sendo o seu prognóstico excelente. É ainda parcialmente controversa a abordagem terapêutica, embora o uso da corticoterapia na fase aguda seja quase universal.

Palavras-chave: PFAPA, febre periódica.

PD283- Hábitos e Perturbações do sono de uma população pediátrica de Viseu

Filipa Almeida Leite, Dora Gomes, Joana Campos, Cristina Faria Hospital S. Teotónio, E.P.E. - Viseu

Introdução: O sono é um factor primordial para o crescimento adequado, assim como para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social. A abordagem e relato dos hábitos e perturbações do sono, quer pela família quer pelo médico, nem sempre é feita nas consultas de vigilância. **Objectivo:** Conhecer os hábitos e perturbações do sono de uma população pediátrica e as suas repercussões sobre a família. **Material e Métodos:** Foi realizado um questionário aos pais de crianças dos 4 meses aos 10 anos de idade, que recorrem a uma consulta de Pediatria Geral, durante um período de 3 meses. **Resultados:** Foram analisados os questionários respeitantes a 205 crianças. A mediana da idade das crianças avaliadas foi de 5 anos, verificando-se um predomínio do sexo masculino (60%). 79,5% dos pais inquiridos consideram que o seu filho tem alguma alteração do comportamento, sendo o “falar muito” a mais frequente. Das 205 crianças inquiridas, 33% dormem no quarto dos pais, 36% têm televisão no quarto e 51% vêem televisão/jogam consola antes de adormecer. Da amostra em estudo, 49,8% dorme um número de horas considerado insuficiente para a idade e 79,5% apresentou, nalguma ocasião, alguma perturbação durante o sono. Apenas em 35% dos casos os pais abordaram este tema com o médico assistente. **Conclusões:** Nesta amostra, o número de horas de sono nocturno foi considerado insuficiente numa percentagem significativa, verificando-se que a maioria vê televisão antes de

adormecer. As perturbações do sono foram referidas numa percentagem elevada, mas o sono das crianças não é um tema frequentemente abordado com o médico assistente.

Palavras-chave: Sono, Perturbações do Sono, Criança.

PD284-Torcicolo na infância, um quebra-cabeças? Caso clínico.

Cristiana Couto¹, Susana Sara Soares¹, Ângela Dias¹, Susana Peres¹, Tiago Basto², António Moreira², Ana Fernandes¹

1- Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães, 2- Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

Introdução: O torcicolo é um sinal clínico indiciador de múltiplas patologias. Apesar de, na maioria dos casos, a patologia subjacente ser benigna, ele pode ser a primeira e/ou única manifestação de uma doença grave. Os autores relatam o caso de uma criança admitida por torcicolo, pretendendo salientar a importância do grau de suspeição clínica para uma patologia pouco frequente e de difícil diagnóstico na primeira infância. **Descrição do Caso:** Criança de 13 meses, sexo feminino, admitida por torcicolo persistente. Seis semanas antes do internamento foi notado desvio cefálico para a esquerda com aparente limitação da mobilidade cervical associado a períodos de choro e irritabilidade. Sem febre, emagrecimento, história de traumatismo, consumo de lacticínios não pasteurizados ou contacto com conviventes com tuberculose; contacto esporádico com gato. Três dias antes do internamento realizou no serviço de urgência radiografia da coluna cervical que foi considerada normal e teve alta medicada com ibuprofeno. Por persistência das queixas foi reavaliada no serviço de urgência apresentando mobilidade cervical preservada, apesar da persistência de desvio cefálico esquerdo. Efectuou TAC cervical na urgência que revelou provável espondilodiscite C4-C5, pelo que ficou internada. A RM cervical foi diagnóstica desta entidade. Iniciou antibioterapia empírica com flucloxacilina e ceftriaxona endovenosas, quatro semanas em regime de internamento, seguidos de flucloxacilina oral, duas semanas em ambulatório. A evolução clínica e imagiológica foi favorável, não se observando intercorrências até à data. **Discussão:** Os autores pretendem com este caso clínico evidenciar a espondilodiscite cervical como uma patologia rara e causa possível de torcicolo em idade pediátrica precoce. Pretendem, igualmente, salientar a importância de um elevado grau de suspeição clínica desta entidade face a sinais e sintomas inespecíficos, para um diagnóstico precoce e instituição terapêutica atempada evitando sequelas incapacitantes.

Palavras-chave: Torcicolo. Espondilodiscite.

PD285- ALTE – o desafio mantém-se

Filipa Caldeira, Jose da Cunha, Filipa Nunes, Margarida Pinto, Paula Azeredo Hospital Garcia de Orta

Introdução: Em 1986, o ALTE (Apparent life-threatening event) foi definido como um conjunto de sinais e sintomas de aparecimento súbito, assustadores para o prestador de cuidados, substituindo as anteriores terminologias potencialmente confundíveis com a “Síndrome de Morte Súbita do Lactente” (SMSL). **Objectivos:** Caracterizar os casos de ALTE internados na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) do nosso Serviço e reflectir sobre as atitudes adoptadas. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo dos doentes internados na nossa UICD entre 1 de Janeiro de 2006 e 31 de Julho de 2008 com diagnóstico ou quadro clínico compatível com ALTE. Pesquisaram-se parâmetros relacionados com: demografia, sintomatologia, etiologia, ocorrências no internamento e atitudes adoptadas. **Resultados:** Na série de 42 lactentes estudados, 41 tinham menos de 10 semanas de idade cronológica e 8 eram prematuros. Houve um predomínio do sexo feminino (28). As formas de apresentação mais comuns foram apneia (32), cianose (24), hipotonia (23) e engasgamento (22). Entre as 8 e as 20 horas, horário de maior frequência de ALTE, ocorreram 16 dos episódios. A todos foram feitas manobras de reanimação no domicílio. Dezoito lactentes foram sujeitos a exames complementares de diagnóstico. Em 8 foi identificada uma etiologia subjacente. Nos restantes 34, salienta-se que em 19 o refluxo gastro-esofágico (RGE) foi tido como possível desencadeante do evento. A maioria (36) esteve internada por um período inferior a 24 horas, e após a alta foram referenciados para a consulta hospitalar 9 lactentes. Houve 2 re-internamentos. Não se registaram óbitos. **Conclusão:** Ao compararmos a nossa série com os dados apresentados na literatura, verificamos que os mesmos são sobreponíveis relativamente à idade, sintomatologia mais frequente, e patologia subjacente. Não foi comprovada a existência de RGE

em nenhum caso. Englobando um grupo heterogéneo de incidentes - de benignos a quase fatais - a sua abordagem necessita por isso de ponderação e individualização.

Palavras-chave: ALTE, SMSL, abordagem.

PD286- "Um crânio diferente...um diagnóstico errado"

Andreia Leitão¹, Sofia Fernandes Paupério¹, José Guimarães Dinis¹, Alexandra Adams², Álvaro Sousa¹

1- Centro Hospitalar do Médio Ave-Unidade de Santo Tirso, 2 - Serviço de Neurocirurgia-Hospital de S. João

As craniosinostoses ocorrem em cerca de 1 em cada 2500 nados-vivos. A trigonocefalia constitui aproximadamente 10% de todas as craniosinostoses. Resulta da fusão prematura da sutura metópica, condicionando uma forma triangular ao osso frontal, hipotelorismo, depressão orbitária supero-externa, entre outras alterações. Pode ocorrer isoladamente ou em associação com síndromes. Lactente do sexo masculino, 14 meses de idade, natural do Paquistão, foi referenciado pelo médico de família à Consulta Externa do nosso hospital aos 8 meses de idade, pelo seu facies peculiar com o diagnóstico provável de Síndrome Down. Houve dificuldade de colheita de história por obstáculo de comunicação linguística com os pais. Tem antecedentes pessoais, incluindo período neonatal, e familiares aparentemente irrelevantes. Na primeira consulta, ao exame objectivo apresentava: osso frontal de forma triangular; hipotelorismo; sem outras alterações. Evolução estatura-ponderal e desenvolvimento psicomotor adequados. Tratava-se pela conformação craniana de trigonocefalia. Fez cariótipo com bandas de alta resolução que não revelou alterações, não confirmando o diagnóstico de Síndrome Down. Foi orientado para Neurocirurgia, efectuou radiografia do crânio em várias incidências e tomografia computadorizada crânio-encefálica. Foi submetido a intervenção cirúrgica, sem intercorrências, com franca melhoria do aspecto visual, atenuando os traços peculiares que apresentava. Os autores salientam as craniosinostoses como causa de facies peculiares, potencialmente confundidas com entidades síndrómicas.

Palavras-chave: Trigonocefalia, craniosinostose.

PD287- Um ano de Hospital de Dia Pediátrico num hospital de nível II

Sara C. Silva, Cláudia A. Fernandes, Maria Jesús Balseiro
Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Introdução: O objectivo do Hospital de Dia Pediátrico (HDP) é oferecer um atendimento especializado, tecnicamente qualificado, em regime ambulatorial, em alternativa ao internamento hospitalar e permitir altas precoces. O HDP do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., foi criado no ano de 2004, tendo por base os objectivos acima descritos. **Objectivo:** Caracterizar a população observada em HDP e verificar se cumpre os objectivos gerais propostos. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo por consulta do processo clínico dos doentes atendidos no HDP durante o ano de 2006. Para a classificação diagnóstica das doenças utilizámos o ICD-9. **Resultados:** Foram realizadas 783 sessões, 414 doentes. Dividimos a amostra em três grupos: cirurgia pediátrica (N=80, 19%); administração de anticorpo monoclonal anti-VSR (N=30, 7%); pediatria médica (N=304, 74%). Foi sobre este último grupo que fizemos a análise de dados. A mediana de idades foi de 4 anos. Quanto à proveniência, a maioria foram enviados do SU (N=162, 53,3%) e do serviço de internamento de Pediatria (N=109, 35,9%). Dos referenciados do SU, 57% vieram para avaliação clínica, 33% para avaliação clínica e realização de exames complementares de diagnóstico (ECD), 7% para administração de antibioterapia (AB) EV. Relativamente a estes doentes, os principais diagnósticos foram: doença infecciosa e parasitária (25%), respiratória (17%) e do aparelho genito-urinário (16%). Em relação aos doentes provenientes do internamento, 37% foram encaminhados para reavaliação clínica, 38% para avaliação clínica e realização de ECD e 22% para administração de AB EV. Os principais diagnósticos foram: doença respiratória (37%), infecciosa e parasitária (15%) e genito-urinária (11%). Há ainda um grupo de doentes com doença crónica (N=3) que utilizam o HDP para administração de terapêutica. O número de sessões/doente variou entre 1 e 26, mediana de 1. A maioria (64%) teve 1 sessão, 17 tiveram 5 ou mais sessões. Quanto ao destino dos doentes, 89,1% foi referenciado para consulta do médico assistente ou consulta hospitalar, 4,3% foram internados no Serviço de Pediatria e 3,3% abandonaram o HDP. **Conclusão:** O HDP serviu na maioria crianças com doença aguda provenientes do SU e doentes referenciados do internamento para continuação de cuidados, tendo em vista o

cumprimento dos objectivos predefinidos para a sua criação. A alta taxa de aderência ao serviço e reduzida necessidade de internamento subsequente testam a sua eficácia.

Palavras-chave: Hospital de Dia Pediátrico.

PD288- Exercício físico sim, mas ... qual e quanto para promover a saúde?

Rita Jorge, Joana Rebelo, Sofia Águeda, Carla Rego
Hospital S. João. E.P.E. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

A prática de exercício físico em idade pediátrica é um factor promotor de hábitos saudáveis de vida. A prática regular de exercício está positivamente associada a marcadores de saúde, nomeadamente a uma modificação favorável da composição corporal. Quando o desporto é praticado em regime de competição, a intensidade e as características do treino são determinantes para o crescimento e maturação do adolescente. É objectivo do presente trabalho avaliar a interferência da prática de natação e basquetebol de competição no estado nutricional de adolescentes do sexo masculino. **População e Métodos:** Foram avaliados 15 basquetebolistas, 15 nadadores e 15 adolescentes sedentários, controlados para a idade. Procedeu-se à caracterização da intensidade e frequência de treino bem como do estado nutricional (CDC) e da composição corporal (BIO). **Resultados:** A idade cronológica média é de $14,5 \pm 0,9$ anos, sem diferença entre grupos. A carga semanal média de treinos dos basquetebolistas, dos nadadores e dos sedentários é, respectivamente, de $10,9 \pm 0,6$, de $17,7 \pm 1,1$ e de $3,5 \pm 0,3$ horas. Os basquetebolistas apresentam um peso e estatura significativamente superiores aos nadadores ($p < 0,05$) e aos sedentários ($p < 0,05$), não se registando diferença entre nadadores e sedentários no que respeita a estes marcadores antropométricos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos no que diz respeito ao IMC (z-score). Relativamente à massa gorda, os basquetebolistas apresentam um valor significativamente mais elevado que os nadadores ($M \pm dp = 23,6 \pm 1,3$ vs $14,4 \pm 0,6$; $p < 0,05$). **Conclusão:** A prática de basquetebol está associada a uma elevada estatura. Observa-se uma associação significativa entre uma maior intensidade do treino e um menor teor de gordura corporal total, traduzindo uma das vantagens da prática regular de exercício físico de elevada intensidade na promoção da saúde (AAP; ACSM).

Palavras-chave: Exercício, intensidade, composição corporal.

PD289- Pancreatite aguda: Uma forma rara de apresentação de Colite ulcerosa

Anaxore Casimiro¹, Maria do Carmo Pinto¹, Isabel Afonso²
1- Hospital de D. Estefânia, Pediatria Médica, 2- Unidade de Gastrenterologia Pediátrica

Introdução: A colite ulcerosa é uma doença inflamatória crónica que afecta o cólon e o recto, sendo diagnosticado, em 15-30% dos casos, em adolescentes com menos de 15 anos. A pancreatite aguda poderá ocorrer, raramente, como manifestação extra-intestinal da doença. **Objectivo:** Alertar para a importância da investigação da etiologia da pancreatite aguda. **Caso Clínico:** Adolescente de 15 anos, previamente assintomático, internado por dor abdominal em cinturão e diarreia sem sangue muco ou pús. A avaliação laboratorial revelou aumento da amilásémia, lipase e amilásúria e ecograficamente observou-se pâncreas globoso no corpo e cauda, compatível com pancreatite aguda. Teve alta medicado sintomaticamente. Por manutenção da dor abdominal e diarreia é reinternado e transferido para o nosso hospital. Durante o internamento iniciou diarreia sanguinolenta associada à dor abdominal. Apresentava aumento da PCR e da VS. A pesquisa de enterovírus, adenovírus, astrovírus, EBV, CMV, salmonella, shigella e campylobacter foi negativa. As coproculturas foram negativas. Os marcadores ANA, dsDNA, cANCA, pANCA, RA teste, Waaler-Rose, C3, C4 e CH100 foram negativos. Realizou colonoscopia que revelou mucosa continuamente edemaciada, sangrante e friável, com muco abundante e exsudado disperso. A biópsia apresentava fragmentos de mucosa de intestino distal com erosões focais, ligeira depleção de células calcificiformes, focos de pericriptite e abcessos de cripta e moderado infiltrado crónico do córion. Aspectos consistentes com colite ulcerosa. O doente não apresentava febre, perda ponderal, vômitos ou outras queixas. Iniciou terapêutica com messalazina e prednisolona com boa resposta clínica e laboratorial, tendo alta referenciado à consulta de Gastrenterologia. **Conclusão:** Este caso ilustra a importância da investigação etiológica da pancreatite aguda. Em 35% dos casos pode haver uma causa sistémica. Embora rara, a pancreatite pode ser a primeira manifestação de

doença inflamatória intestinal, e a persistência de dor abdominal associada a diarreia sanguinolenta pode alertar para o diagnóstico e início precoce da terapêutica.

Palavras-chave: Colite ulcerosa, pancreatite aguda.

PD290- Intoxicações agudas – Estudo retrospectivo de 5 anos

Patrícia Nascimento, Manuel Oliveira, Angela Dias, Teresa São Simão, Ana Luisa Lobo
Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

Introdução: As intoxicações agudas são motivo frequente de utilização dos serviços de saúde. Em Portugal, no ano de 2006, ocorreram cerca de 20 000 intoxicações, 9161 das vítimas foram crianças. A maioria ocorre de forma acidental (90-99% secundo as séries), em casa, em crianças com menos de 5 anos e por ingestão medicamentosa. **Objetivos:** Com este estudo os autores pretenderam identificar o perfil das intoxicações agudas nas crianças e adolescentes, verificando as características das mesmas, quais os produtos envolvidos e a sintomatologia apresentada. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo. A população alvo foram os doentes internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães, entre 1 de Janeiro de 2003 e 31 de Dezembro de 2007. Procedeu-se à análise dos processos, ao registo de dados em base própria e ao tratamento estatístico dos mesmos. **Resultados:** Registaram-se 105 internamentos, verificando-se dois picos de maior incidência em relação à idade. O primeiro dos 2 aos 4 anos (44,8% do total de crianças), com predomínio masculino, e o segundo entre os 12 e os 15 anos (25,7%), com predomínio feminino. A maioria das intoxicações foi acidental (75,2%) e os medicamentos foram as substâncias mais envolvidas (90,5%). No subgrupo dos 12-15 anos as intoxicações medicamentosas foram também as mais prevalentes, mas de carácter voluntário (77,8%). Em 2007 o número de casos foi 3 vezes superior ao de 2003. No que se refere à forma de apresentação, 51,4% apresentavam sintomas neurológicos, 6,7% digestivos, 1,9% respiratórios e 1% manifestações cutâneas. Permaneceram assintomáticos 39% dos doentes. Em 30,5% apenas foi necessário vigilância; 53,3% foram submetidos a lavagem gástrica, em 48,6% utilizou-se carvão activado e em 41% terapêutica farmacológica. O tempo médio de internamento foi de 1,7 dias. Transferiram-se 10 crianças (9,5%), por necessidade de Cuidados Intensivos (1) e avaliação por Pedopsiquiatria (8) e Gastroenterologia (1). **Conclusões:** Os resultados obtidos diferem ligeiramente dos existentes na literatura, verificando-se maior percentagem de intoxicações voluntárias. Os medicamentos continuam a ser uma das principais causas de intoxicação, sendo necessário melhorar os métodos de acondicionamento. Apesar da maioria das intoxicações ser acidental verifica-se aumento gradual de intoxicações voluntárias, sobretudo nas adolescentes. Este é um grupo de risco a que os profissionais de saúde devem particularmente atenção.

Palavras-chave: Intoxicação aguda; criança; internamento; adolescentes

PD291- Percepção dos profissionais de saúde sobre atividades lúdicas em uma enfermaria pediátrica

José Antônio Chehuen Neto, Thiago Bento de Paiva Lacet, Mauro Toledo Sirimarco, Cristiana Silva de Mello
Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução: A temática do brincar vem suscitando muitas pesquisas para avaliar o real valor desta prática em enfermarias pediátricas. Porém, estudos prévios analisaram aspectos da promoção do brincar em hospitais apenas na perspectiva das próprias crianças e de mães ou acompanhantes. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre atividades lúdicas em uma enfermaria pediátrica, avaliando se estes consideram haver melhora no enfrentamento da criança frente à hospitalização, nos procedimentos e rotina hospitalar e na formação dos acadêmicos que exercem tais atividades. **Método:** Estudo descritivo exploratório que utilizou como instrumento um questionário estruturado aplicado a todos os 52 profissionais de saúde (n=52) da Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), Brasil. **Resultados:** Dos 52 profissionais investigados, 80,8% afirmaram ter presenciado a atuação de grupos de atividades lúdicas e 19,2% nunca presenciaram esta atividade na enfermaria. Cem por cento afirmaram que essas atividades melhoram o humor das crianças e dos acompanhantes. Em relação à aceitação de procedimentos hospitalares pelas crianças, 54% (IC=95%; 39,5%-67,8%) afirmaram que há melhora, enquanto 46% (IC=95%; 32,2%-60,5%) afirmaram não haver alteração; 82,7% consideraram importante a participação de acadêmicos vinculados à universidade nos grupos de atividades lúdicas, 5,8% consideraram que não há importância

tal vínculo e 11,5% afirmaram não haver diferença. Em relação à repercussão destas atividades na futura atuação profissional de estudantes de medicina e enfermagem, mais de 90% afirmaram haver melhora na relação como profissional de saúde e seu futuro paciente, na compreensão da dimensão deste como um todo, no trabalho em equipe multidisciplinar e na percepção do valor profissional por parte de outros profissionais. **Conclusão:** Destaca-se a avaliação altamente positiva dos profissionais de saúde frente às atividades lúdicas numa enfermaria pediátrica, percebidas como alternativa que pode auxiliar a criança no enfrentamento da hospitalização e contribuir para a formação acadêmica e humanística dos estudantes envolvidos, influenciando, assim, a construção de novos modelos de atenção à saúde da criança.

Palavras-chave: Criança Hospitalizada, Ludoterapia, Prática Profissional, Bem-Estar da Criança.

PD292- Artrite Séptica Neonatal: um desafio diagnóstico

Vinhas da Silva, Sandra Rebimbas, Mafalda Santos
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Introdução: A Artrite Séptica neonatal é uma doença relativamente rara, contudo, é uma entidade clínica que representa um enorme desafio diagnóstico e terapêutico devido à inespecificidade, escassez e variabilidade de sintomas ou sinais clínicos neste grupo etário. O diagnóstico e a instituição precoce de tratamento são fundamentais para evitar sequelas graves no futuro. **Casos Clínicos:** Neste trabalho descrevemos 4 casos clínicos de artrite séptica neonatal, caracterizados por manifestações clínicas e radiológicas muito variáveis, dificultando o diagnóstico e, conseqüentemente, o atraso na terapêutica e posterior desenvolvimento de sequelas mais graves. No primeiro caso, o diagnóstico de artrite séptica do ombro esquerdo foi efectuado no contexto de sépsis neonatal por *Staphylococcus aureus*, por apresentar edema e choro intenso à manipulação. Foi efectuado tratamento médico (antibioterapia) e cirúrgico (artrotomia), com evolução clínica e radiológica favoráveis. No segundo caso, o diagnóstico de artrite séptica neonatal foi realizado aos 11 anos de idade, por apresentar limitação dos movimentos do ombro direito, com antecedentes de internamento no período neonatal por suspeita de sépsis e limitação dos movimentos do ombro direito. A RM revelou dismorfia epifisária sequelar. O terceiro caso foi enviado à Consulta de Ortopedia por alterações ecográficas sugestivas de LCA. Na consulta foi detectada flexão persistente da anca direita e choro à mobilização da anca e ombro direito. Isolado *Streptococcus agalactiae* no líquido articular. Efectuada artrotomia e antibioterapia de largo espectro. Actualmente com 3 anos de idade, sem limitações da mobilidade, mas com encurtamento do membro superior direito e alterações radiológicas discretas. O último caso, verificou-se numa criança de 4 anos de idade, enviada à consulta por atrofia e deformidade do membro superior direito, com história de internamento no período neonatal por pielonefrite a *E. coli* e suspeita de artrite séptica do ombro direito por *Streptococcus agalactiae*. A RM demonstrou acentuada deformidade do úmero direito provavelmente sequelar a artrite séptica. Actualmente com dismetria e limitação grave dos movimentos do membro superior direito, proposta para cirurgia. **Conclusão:** O diagnóstico e tratamento precoces, bem como follow-up adequado das crianças com artrite séptica, são fundamentais para evitar sequelas graves, sendo fundamental um elevado índice de suspeição.

Palavras-chave: Artrite séptica neonatal; Sequelas.

PD293- Síndrome de Costello, uma condição genética rara.

Manuel Oliveira¹, Ana Paula Fernandes¹, Maria José Costeira¹, Cristina Dias², Márcia Martins²

1- Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, 2- Centro de Genética Médica Jacinto Magalhães – INSA – Porto

Introdução: O Síndrome de Costello ou facio-cutâneo-esquelético (SC, #MIM 218040) é uma doença genética rara, caracterizada por atraso de crescimento pós-natal, atraso de desenvolvimento, dismorfias crânio-faciais, dificuldades graves na alimentação, anomalias cutâneas, neurológicas e cardíacas e predisposição aumentada para tumores malignos. A prevalência do SC é desconhecida estando descritos na literatura aproximadamente 150 casos. Em cerca de 90% dos doentes é detectável uma mutação autossómica dominante de novo no gene HRAS. **Descrição do Caso:** Lactente do sexo feminino, filha de pais saudáveis, não consanguíneos, com antecedentes pré-natais de diabetes gestacional de difícil controlo metabólico. Cesariana às 36 semanas por descolamento prematuro da placenta. Após o nascimento necessitou de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais por difi-

culdades alimentares, hipoglicemia e dificuldade respiratória. Ao exame objectivo era evidente fenótipo dismórfico, pele escura, mãos e pés com pele aveludada e redundante, sopro sistólico e hipotonia axial. A RM cerebral, cariótipo e estudo metabólico foram normais. O ecocardiograma revelou estenose pulmonar ligeira. Teve alta aos 14 dias de vida. Reinternada três dias depois por agravamento das dificuldades alimentares e má evolução ponderal. Além de obstrução nasal persistente e choro rouco, os reflexos de sucção e deglutição eram débeis, com engasgamento fácil condicionando alimentação por gavagem. Diagnosticada laringomalácia e refluxo gastroesofágico patológico, pelo que foi submetida aos três meses de vida a gastrostomia e cirurgia anti-refluxo. Observada em Consulta de Genética Médica aos quatro meses tendo o estudo molecular do gene HRAS confirmado o diagnóstico clínico de SC. Após vários internamentos por intercorrências infecciosas, aos seis meses de idade, em contexto de gastroenterite aguda com desidratação grave, desenvolveu um quadro séptico a *Staphylococcus aureus*, que culminou em choque séptico e morte. **Discussão:** Os autores realçam a importância de alta suspeição clínica de um síndrome genético perante uma criança com distúrbios associadas a atraso marcado de desenvolvimento e de crescimento e discutem os diagnósticos diferenciais. Apesar da evolução desfavorável, a valorização clínica sistematizada das alterações permitiu um diagnóstico precoce do SC nesta lactente, com possibilidade de antecipação de cuidados e aconselhamento genético adequado à família.

Palavras-chave: Síndrome de Costello, hipotonia, dificuldades alimentares, má evolução ponderal

Área Científica - Pediatria Ambulatória

PD294- Sistemas de retenção automóvel: O que sabem e como usam....

Sandrina Martins¹, Miguel Salgado¹, Isabel Martinho¹, Íris Maia²
1- CHAM, EPE - Viana do Castelo, 2- Hospital de Sao Marcos

Introdução: A ausência ou utilização incorrecta dos sistemas de retenção automóvel (SRA) são responsáveis por cerca de 80% das mortes de crianças envolvidas em acidentes de viação, sendo que estes continuam a ser uma causa importante de morbilidade e mortalidade em crianças e jovens, em Portugal. **Objectivo:** Caracterizar o comportamento dos pais em relação ao transporte dos seus filhos em automóvel e averiguar o seu nível de conhecimento sobre o tema. **Material e Métodos:** Aplicação de um questionário aos pais de crianças e adolescentes que frequentam instituições pré-escolares e de ensino básico do concelho de Viana do Castelo. Foram estudadas as seguintes variáveis: idade e sexo da criança, idade e escolaridade dos pais, nível de conhecimento e comportamento em relação aos sistemas de retenção automóvel. **Resultados:** As crianças e adolescentes envolvidos no estudo (1260) tinham idades compreendidas entre 4 meses e 13 anos com uma mediana de 5 anos, sendo 49,7% do sexo feminino. A idade média dos pais foi de 34,4 anos para a mãe e 36,7 anos para o pai. Cerca de 88% dos pais reconhecem os acidentes de viação como principal causa de mortalidade infantil e 88,1% admitem ter um nível de informação médio a bom acerca do transporte de crianças em automóvel. A comunicação social foi citada como fonte de informação em 71,4% e em 22% dos casos as orientações foram prestadas por um médico (15,7% pelo pediatra). Usam SRA 89,4% das crianças e adolescentes, sendo maior a taxa de utilização em crianças com menos de 3 anos (98,5%) e menor em crianças com idade superior a 9 anos (31,8%). Apenas 55% dos que usam SRA utilizam o sistema ideal e de forma adequada e 23% dos pais admitem não os usar sistematicamente. Quando inquiridos acerca da idade e peso até a qual as crianças devem ser transportadas de costas, apenas 28,3% dos pais responderam adequadamente. A principal razão para o uso de SRA é a segurança. No entanto, 29,4% dos pais “confessaram” que não usariam SRA se a lei não o obrigasse. **Considerações finais:** Apesar de se notar um aumento no uso dos SRA, continua a haver uma alta taxa de utilização inadequada. Os autores pretendem alertar os profissionais de saúde, nomeadamente os pediatras, para a necessidade de aconselharem e motivarem os pais acerca do transporte adequado de crianças no automóvel.

Palavras-chave: Transporte; automóvel; sistemas retenção.

PD295- Hipersudorese e tosse - um caso clínico.

Isabel Guerra, Fernanda Carvalho
Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. - Unidade de Famalicão

Introdução: A tosse é um mecanismo fisiológico, com função de defesa, através da remoção de factores irritantes das vias aéreas. Este sintoma é um dos

motivos mais frequentes de consulta em pediatria, podendo a sua abordagem constituir um desafio para o clínico. A hipersudorese caracteriza-se por uma suduação para além da necessária para a manutenção da regulação térmica. Ocorre em cerca de 1% da população e manifesta-se em geral na infância e adolescência. **Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança do sexo masculino referenciada à consulta de Alergologia Pediátrica aos 2 anos e 9 meses por tosse crónica. Desde os 7 meses apresentava episódios recorrentes de tosse, por vezes com broncoespasmo. No último ano agravamento da sintomatologia com tosse diária e rouquidão persistente, sobretudo com o esforço. Referência a história familiar de asma (tio e primo paternos). Do exame objectivo salienta-se a presença de congestão nasal, hipertrofia amigdalina e suduação. A investigação inicial, analítica e imagiológica, não revelou alterações. Apesar dos diversos esquemas terapêuticos instituídos manteve sempre tosse. Aos 4 anos e meio, na revisão da anamnese, a mãe foca a hipersudorese como factor desencadeante da tosse. Nesta altura é instituída terapêutica com oxibutinina por incontinência urinária. Verifica-se melhoria da hipersudorese e concomitantemente dos episódios de tosse. Efectua então nova investigação destacando-se doseamento de catecolaminas urinárias com discreto aumento da excreção de norepinefrina e cintigrafia com MIBG e TAC das glândulas supra-renais normais. **Discussão:** O sistema colinérgico está envolvido no controle funcional de diferentes sistemas, por via de dois tipos de receptores – nicotínicos e muscarínicos. Assim, a nível das glândulas sudoríparas a acetilcolina é responsável pela estimulação da secreção e nas vias aéreas promove, entre outros efeitos, a contração do músculo liso traqueobrônquico, a secreção de muco e o clearance ciliar. A oxibutinina é um antagonista dos receptores muscarínicos, normalmente utilizada pelo seu efeito espasmolítico no músculo liso da bexiga. Recentemente têm sido descritas utilizações deste fármaco na hipersudorese, quer intencionais quer acidentais, tal como neste caso, com excelentes **Resultados:** terapêuticos. Para além disso, neste doente foi ainda possível controlar o sintoma tosse, pela inibição dos efeitos colinérgicos nas vias aéreas.

Palavras-chave: Hipersudorese; tosse; sistema colinérgico.

PD296- Quando o “remédio” da avó para os piolhos complica...

Lúgia Peralta¹, Paulo Morais¹, Alberto Mota¹, Ana Paula Cunha¹, Arménia Parada²
1- Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de São João, Faculdade de Medicina, Porto, 2- Serviço de Pediatria, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

Introdução: A fitofotodermatite é uma erupção inflamatória fototóxica que resulta do contacto com agentes fotossensibilizantes presentes em algumas plantas, seguido de exposição a radiação ultravioleta. Manifesta-se por eritema e ardor, formação de bolhas e hiperpigmentação pós-inflamatória. Como esta reacção é independente do sistema imunitário, não é necessária sensibilização prévia e qualquer indivíduo está susceptível. Muitas espécies de Rutaceae, tais como os citrinos, a bergamota e a arruda, são conhecidas pela sua capacidade de induzir fotodermatite após exposição solar. **Caso Clínico:** Criança de 8 anos de idade que apresenta mancha hiperpigmentada no pescoço, com distribuição em “berloque”, 2 dias após a aplicação de manipulado caseiro contendo arruda para tratamento de pediculose do couro cabeludo. Após a aplicação do produto houve exposição solar, não havendo referência à presença de eritema ou formação de bolhas prévias à hiperpigmentação. Realizaram-se testes epicutâneos, que foram positivos para o timerosal, mas negativos para a arruda a 1, 2, 5 e 10% em vaselina. Contudo, após exposição a UVA (fototestes) houve positividade para a arruda a 10% em vaselina. Foi recomendada a aplicação de creme despigmentante e de fotoprotector, bem como evicção da exposição solar. Um mês após a primeira observação apenas era evidente discreta hiperpigmentação. **Comentários:** Os compostos fototóxicos da arruda (*Ruta graveolens*) são as furanocumarinas e os alcalóides da quinolina. Esta planta tem sido utilizada na medicina tradicional para tratamento de meteorismo, epilepsia, urticária, erisipela, vitiligo e parasitoses intestinais, bem como repelente de insectos, agente abortivo e protector contra o “mau-olhado”. As reacções fototóxicas devidas à arruda foram ocasionalmente descritas em crianças, embora nunca associadas ao tratamento da pediculose do couro cabeludo. Os autores chamam a atenção para a apresentação clínica pouco habitual deste caso, semelhante ao padrão clássico da dermatite de berloque induzida pelo perfume.

Palavras-chave: Fitofotodermatite; fototoxicidade; *Ruta graveolens*; arruda.

PD297- Uso de medicamentos de venda livre para a constipação e tosse

Claudia de Almeida Fernandes¹, Ana Tomé²
1- Centro Hospitalar de Setubal EPE, 2- Centro Saude Montijo

Os medicamentos de venda livre para o tratamento da tosse e da constipação são vendidos em grande escala para o alívio dos sintomas comuns da consti-

pação. Segundo a maioria dos estudos, o seu uso está a aumentar, apesar desses mesmos estudos falharem em demonstrar o benefício do uso destes medicamentos em crianças, particularmente nas mais novas. Tem-se verificado que estes medicamentos podem estar associados a morbidade significativa e até mortalidade, se utilizadas como sobredosagem aguda, ou administrada em doses correctas mas por períodos longos de tempo, ou ainda pela associação de múltiplos fármacos. Realizado questionário a 119 pais de crianças a frequentar escola básica do 1º ciclo do ensino público. Inquiriu-se acerca da utilização de alguns medicamentos de venda livre, sem ser por indicação médica. A mediana de idades da mãe é 35 anos, 91.5% caucasianas, 45.3% escolaridade igual ou inferior a 9 anos. A mediana de idade das crianças é 8 anos, 53.8% do sexo masculino, 5.9% com doença crónica. 79% refere já ter administrado “xaropes para a tosse”, 54.4% antes dos 2 anos de idade. 52.1% refere ter administrado “medicamentos para a garganta, 62.7% antes dos 2 anos de idade. 86.4% já administrou medicamentos para a febre, 84.8% antes dos 2 anos de idade. 60.2% já utilizou descongestionantes nasais e 75% fê-lo antes dos 2 anos de idade. Inquiriu-se ainda acerca da utilização de antibióticos sem prescrição médica e 38.7% refere a utilização dos mesmos, e destes 61.4% antes dos 2 anos de idade. 47.5% são assistidos habitualmente por pediatra e 51.7% pelo médico de medicina geral e familiar. Verifica-se uma elevada taxa de utilização deste tipo de medicamentos na população estudada. Uma vez que a sua eficácia não está comprovada e, que estão descritas uma série de complicações associadas à utilização destes medicamentos, conclui-se acerca da necessidade de campanhas de sensibilização para o uso controlado dos mesmos.

Palavras-chave: “OTC”, medicamentos venda livre.

PD298- Brincar para habilitar

Teresa Andrade, Maria do Céu Espinheira, Luisa Neiva Araújo, Fátima Pinto Centro de Saúde da Carvalhosa e Foz do Douro

A criança é um ser em formação, com uma série de potencialidades definidas geneticamente. A presença (em termos de quantidade, qualidade e oportunidade) ou ausência de estimulação conduzem à aquisição de um número maior ou menor de capacidades físicas, intelectuais e comportamentais. O desenvolvimento das potencialidades motoras, psicológicas e intelectuais de cada criança fundamenta-se na interacção com o mundo que a rodeia através dos seus cinco sentidos: visão, audição, olfacto, gosto e tacto. A estimulação dos sentidos e da motricidade prende-se com brincadeiras e exercícios como massagem, música e movimento que fomentam a maturação de Sistema Nervoso Central tendo então um papel estimulador das potencialidades desenvolvimentais da criança. Para além disto promove a vinculação e condiciona positivamente a interacção com o “outro”. O brincar evolui do nascimento aos dois anos principalmente nos jogos de exercício com os quais a criança adquire competências motoras e autonomia; os objectos são explorados através dos sentidos e da motricidade em “jogos de manipulação”. Dos dois aos cinco anos surge a simbologia nos jogos do “faz de conta” e com estes surge a aprendizagem dos papéis sociais. A participação do adulto no brincar aumenta o interesse e enriquece e estimula a imaginação. A estimulação precoce motora e sensorial, baseada em programas cujo intuito se prendia com a reabilitação na deficiência, surge hoje como uma proposta alargada, na sua vertente preventiva, à criança saudável. A importância do incentivo à actividade lúdica no ambiente familiar levou ao projecto “Brincar para habilitar” na consulta de vigilância infantil no âmbito da Pediatria Ambulatória. O objectivo é transmitir aos pais a importância benéfica da sua presença lúdica activa e carinhosa para o desenvolvimento harmonioso e equilibrado da criança. O grupo etário alvo é o compreendido entre o nascimento e os 5 anos. Para tal foi idealizado um cartaz informativo, a expor na sala de espera do consultório, e um folheto, a distribuir na consulta, onde se pretende sensibilizar e ensinar os pais, mediante um programa de jogos e brincadeiras adequado a cada idade, como proceder à estimulação motora e sensorial. O objectivo deste trabalho visa a divulgação do respectivo cartaz e folheto.

Palavras-chave: Desenvolvimento, estimulação, brincar.

PD299- A televisão. Uma baby sitter educativa para crianças menores de 2 anos?

Marisa Carvalho¹, Ana Rocha², Agostinho Salvador², Maria João Serafino³
1- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, 2- Centro de Saúde de n.º 2 Vila Real, 3- USF Fénix, Vila real

Introdução: Vivemos numa era dominada pelos media, desempenhando a televisão um dos principais papéis. A Academia Americana de Pediatria reco-

menda o não uso da televisão em crianças com menos de 2 anos, pensando-se que esta exposição possa contribuir para atrasos no desenvolvimento da linguagem e problemas de atenção na idade escolar. **Objectivo:** Analisar o uso da televisão como fonte de distração e/ou educação em crianças menores de 24 meses, que vieram à consulta de saúde infantil durante o mês de Março de 2008. **Métodos:** Os dados foram obtidos através da resposta a um inquérito fornecido no início da consulta e antes de ser dada qualquer informação. Analisámos a idade da criança, a escolaridade dos pais, a duração e altura do dia de maior exposição, se esta é feita com a companhia de um dos progenitores, o comportamento da criança e a opinião dos pais em relação ao contributo da tv para o desenvolvimento. Relativamente aos irmãos caracterizámos a idade, o tempo de exposição e a presença do aparelho de tv no quarto. **Resultados:** Foram preenchidos 43 inquéritos. A distribuição por sexos é semelhante (21 meninas e 22 meninos) tendo 72% (31) menos de um ano. Mais de metade dos pais (62%) frequentou o ensino secundário e 20% são licenciados. Têm 1 ou 2 irmãos 54%, a maioria (61%) dos quais tem tv no quarto e vêem cerca de 1 hora por dia televisão 52%. Apenas duas crianças nunca são expostas à tv, as restantes são-no regularmente (40%) e às vezes (56%). O tempo de exposição é inferior a meia hora em 39% delas, 1h em 37% e ≥2h em 22%. A altura do dia em que ocorre maior exposição é ao jantar (37%) ou entre as refeições (24%). Fazem companhia ou brincam com a criança durante a exposição à televisão 78% dos pais, 56% dos quais de uma maneira irregular. Achar que a criança gosta de ver televisão 41%, que não liga 22% e que olha por breves instantes 17%. Quando inquiridos sobre o papel da televisão 49% acham que contribui para o desenvolvimento, 16% que prejudica e 35% não sabe. **Conclusão:** A televisão é usada pelas famílias como meio de ocupação e de educação dos seus filhos, ignorando-se os prejuízos que daí podem advir. É fundamental educar para reduzir o impacto negativo da televisão na vida das nossas crianças.

Palavras-chave: Televisão; menores 2 anos.

PD300- Obesidade Infantil e a necessidade de promover hábitos de vida saudáveis

Helena Rios, Camila Pinto, Marisa Carvalho
Hospital Pediátrico de Coimbra- Unidade de Saúde Familiar Famílias, Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

Introdução: Em Portugal, cerca de 30% das crianças entre os 7-9 anos tem excesso de peso (EP), e 11% obesidade (O). Por esta razão a preocupação crescente com a obesidade infantil e suas consequências. **Objectivos:** Determinar a prevalência de EO/O numa amostra de crianças seguidas na Unidade Saúde Familiar – Famílias, nascidas entre 1995-2003. Pretendemos ainda avaliar a correlação com história familiar de O e o peso ao nascer; e conhecer os hábitos alimentares e da prática de desporto, num sub grupo de crianças. **Métodos:** Estudo retrospectivo, com análise das seguintes variáveis: sexo, idade, peso, estatura, índice de massa corporal, dados perinatais e antecedentes familiares de obesidade. De forma aleatória, foram distribuídos inquéritos (sobre a prática de exercício físico (EF) e alimentação), a crianças observadas na consulta de saúde infantil no 1º semestre 2008. **Resultados:** As 616 crianças estudadas, tinham idade média de 8 anos e 1 mês, sem predomínio de sexo. A prevalência de EP/O foi de 37% (EP 18%; O 19%). Não encontramos correlação entre peso actual e o peso ao nascimento. Verificamos que 50% (112/244) dos pais tinham EP e 15% (37/244) O; em relação às mães, 31% (136/439) com EP e 14% (62/439) O. A maioria dos pais das crianças com EP/O, são adultos com EP/O. No grupo de irmãos, 14% (50/362) tinham EP, e 13% (48/362) O. Obtivemos resposta em 86 questionários. A média de idades, distribuição por sexo e a prevalência de EP/O foram idênticas às anteriormente referidas. A maioria das crianças (94%) faz 5/6 refeições/dia. Cerca de 70% petisca entre as refeições (pão, bolachas, iogurte, fruta). Ingerem >1 vez/semana: doces 80% (14% todos os dias); chocolates 70%; sumos 73% (40% todos os dias); e fast food 13% 1vez /semana. Oitenta e três por cento pratica EF extra-escolar, 65% entre 1-3 vezes/semana, correspondente a 1-3 horas/semana. Dez por cento (8/76) passam >3horas/dia ao computador/televisão. **Conclusões:** Na nossa amostra, a prevalência de O foi semelhante à da literatura, enquanto que a de EP foi cerca de metade. Os factores comportamentais são os principais responsáveis pelo EP/O. Na nossa amostra são patentes inúmeros erros alimentares, e apesar da maioria praticar EF, os hábitos sedentários ainda persistem. É fundamental promover hábitos de vida saudáveis de forma a diminuir a prevalência deste problema, através de um programa multidisciplinar, envolvendo não apenas a família mas também as escolas, unidades de saúde, juntas de freguesia...

Palavras-chave: Obesidade infantil, alimentação, exercício físico.

PD301- Surdez Infantil: realidade de uma Unidade de Surdos

Silvia Batalha, Maria Manuel Zarcos
Hospital de Santo André – Leiria

Introdução: A audição é essencial para o desenvolvimento linguístico, cognitivo e social da criança. A surdez, congénita ou adquirida na infância, sem uma intervenção adequada e precoce resulta em défices permanentes nestas áreas. A Unidade de Surdos (US) de Leiria é uma instituição pública que apoia crianças surdas do distrito de Leiria, facultando-lhes apoio pedagógico e terapia da fala. **Objetivos:** Avaliar o tempo que decorreu entre a suspeita de surdez, o diagnóstico e a intervenção terapêutica. Verificar de que forma os apoios que estas crianças/adolescentes receberam na US influenciaram o seu potencial de desenvolvimento. **Material e Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo, com consulta dos processos pedagógicos dos alunos da US no ano lectivo 2007/08 e aplicação de questionário aos pais sobre os antecedentes pessoais da criança. As variáveis em estudo foram: sexo, idade, ano de escolaridade, factores de risco para surdez, expressão clínica da surdez, a orientação diagnóstica, terapêutica, apoios e evolução. **Resultados:** No ano lectivo de 2007/08 estavam a receber apoio na US 30 crianças, com uma idade média de 10.4 anos (mín- 4A, máx- 20A), sendo 73% do sexo masculino. Oitenta por cento destas crianças tinha factores de risco para surdez, sendo o mais representativo, a história familiar de surdez (46%). A idade média da suspeita de surdez foi aos 17 meses, a da primeira avaliação por ORL foi aos 26.4 meses, o diagnóstico foi feito em média aos 34.2 meses e a intervenção terapêutica realizada em média aos 3.1 anos. Actualmente, todas estas crianças/adolescentes mantêm défice auditivo (73% tem surdez severa ou profunda), 80% têm perturbação da linguagem e 43% têm dificuldades de aprendizagem. Usam prótese auditiva retrococlear 63% e têm implante coclear 20%. Apenas 11 crianças foram referenciadas à US pelo médico e a idade média de referenciação foi aos 5.3 anos. Antes da entrada na Unidade, 80% destas crianças não tinha qualquer tipo de apoio especializado. Todos os pais referiram melhoria significativa da linguagem após o início do apoio na US e 83% referiram também melhoria no desempenho escolar. **Conclusões:** A suspeita de surdez foi precoce na maioria dos casos mas a confirmação do diagnóstico e a intervenção terapêutica foram tardias, perdendo-se potencial de desenvolvimento e de comunicação. O apoio recebido na US permitiu, segundo a opinião dos pais, melhorar as aquisições linguísticas e o rendimento escolar das crianças.

Palavras-chave: Surdez, diagnóstico, intervenção, desenvolvimento.

PD302- Rastreio oftalmológico infantil - avaliação da estereopsia a partir dos 2 anos.

Isabel Guerra, Luísa Neiva Araújo, Maria do Céu Espinheira, Fátima Pinto
Consulta de Pediatria - Centro de Saúde da Carvalhosa e Foz do Douro

Introdução: A estereopsia depende da visão binocular e exige funcionalidade óptica, motora e neurológica. As patologias que atingem a binocularidade, nomeadamente estrabismo e anisometropia, podem condicionar ausência de estereopsia. Estão disponíveis vários testes para a sua avaliação, tal como o de Lang e o de Fly. Este último, apesar de permitir uma determinação mais precisa, é mais caro e exige a colocação de lentes polarizadas. **Objetivo:** Estudar a importância da avaliação da visão estereoscópica no rastreio oftalmológico e a concordância dos Resultados de dois testes para avaliação da estereopsia – testes de Lang e de Fly – em crianças a partir dos 2 anos. **Metodologia:** Estudo observacional com base num protocolo de rastreio oftalmológico infantil em vigor na consulta de Pediatria de um Centro de Saúde Urbano, aplicado a crianças com idade igual ou superior a 2 anos observadas entre 09/2006 e 07/2008. Foram incluídas crianças com determinação quantitativa e em monocularidade da acuidade visual, com rastreio normal, suspeita de estrabismo e/ou anisometropia. Variáveis estudadas: sexo, idade, suspeita de estrabismo, suspeita de anisometropia e estereopsia (testes de Lang e de Fly). Na análise estatística foi utilizado o programa SPSS® versão 13. **Resultados:** Das 536 crianças estudadas, com idades entre 2 e 18 anos (mediana 6 anos e 3 meses), 269 (50%) eram do sexo masculino. Obteve-se resultado normal em 472 (88%) crianças, suspeitou-se de estrabismo em 21 (4%) e de anisometropia em 49 (9%). Na avaliação da estereopsia todas as crianças colaboraram no teste de Lang, enquanto 24 (4%) não colaboraram no teste de Fly. Verificou-se resultado de mau em 39 (7%) crianças no teste de Lang e em 37 (7%) no de Fly. A proporção de testes de Lang e Fly anormais foi significativamente maior nas crianças com suspeita quer de estrabismo quer de anisometropia (teste exacto de Fisher, $p < 0,001$). Foi encontrada concordância estatisticamente significativa entre os resultados dos dois testes para avaliação da estereopsia (teste Kappa, $p < 0,001$). **Conclusão:** A avalia-

ção da visão estereoscópica deve ser um item do rastreio oftalmológico, por constituir uma mais valia na suspeita de estrabismo e anisometropia. Na avaliação da estereopsia as questões económicas, aliadas à concordância observada entre os resultados dos dois testes e à proporção de não colaboradores no teste de Fly, corrobora a preferência do teste de Lang na consulta de vigilância de saúde infantil.

Palavras-chave: Estereopsia; estrabismo; anisometropia.

PD303-Avaliação da Actividade Física de Crianças da área de Campanhã – Recomendações vs Realidade

Sandra Costa, Isabel Liberal
Hospital S. João/Centro de Saúde de Campanhã

Introdução: Nos últimos anos tem-se constatado um aumento da prevalência da obesidade infantil que motivou a elaboração por parte das sociedades pediátricas de recomendações preventivas. Destas, salienta-se a necessidade de encorajar crianças e adolescentes a terem actividade física durante pelo menos 60 minutos por dia e de identificar barreiras ao aumento da actividade física. **Objetivo:** O objectivo deste trabalho foi avaliar a actividade física das crianças seguidas no Centro de Saúde de Campanhã, bem como identificar as principais barreiras a essa prática. **Métodos:** O trabalho incluiu as crianças entre os 9 e os 13 anos, que recorreram à consulta de Pediatria ou consultas relacionadas num período de sete semanas, nos meses de Julho e Agosto de 2008. Os dados foram obtidos por inquérito preenchido pelos pais; as questões relativas à actividade física da criança foram adaptadas do Youth Risk Behaviour Survey 2007 e do Youth Media Campaign Longitudinal Survey. **Resultados:** Foram incluídas 42 crianças, com idade média de 10,8 anos e com um ligeiro predomínio do sexo masculino (57,1%). A maioria, 61,9%, apresentavam IMC normal, 8 (19%) apresentavam risco de obesidade - IMC p_{85-95} - e 5 crianças (12%) tinham IMC superior ao p_{95} , compatível com obesidade. Foi contabilizado o número de dias da semana precedente ao inquérito com pelo menos 60 minutos de actividade física, tendo-se observado uma média de 4 dias. De salientar que 7 crianças (16,7%) não tinham tido nenhum dia na semana precedente com pelo menos 60 minutos de actividade física e que apenas 40,5% das crianças referiram tê-lo feito todos os dias da semana. Em relação ao tipo de actividade de tempos livres na última semana, 90,5% referiam ter efectuado actividade física não organizada e 40,5% das crianças incluídas tinham participado em actividade física organizada. As barreiras à prática de actividade física mais frequentemente apontadas foram: falta de oportunidades na zona de residência, insegurança e problemas económicos. **Conclusão:** Constatou-se que neste grupo de crianças a realidade está ainda afastada daquilo que são as recomendações actuais de actividade física em idade pediátrica, sendo importante a sua promoção junto desta população. A compreensão dos principais entraves à actividade física poderá ajudar nessa intervenção, sendo importante manter este tipo de avaliação para alargar os nossos conhecimentos da realidade local e avaliar o impacto de eventuais intervenções.

Palavras-chave: Actividade física, obesidade, prevenção.

PD304- Casuística da população pediátrica de um Serviço de Atendimento Complementar

Raquel Ferreira¹, Joana Ferreiro², Teresa Libório³
1- Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE,
2- Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE,
3- Centro de Saúde de Oeiras, Lisboa e Vale do Tejo

A vigilância de saúde infantil e a observação da criança doente devem ter como enquadramento preferencial os Cuidados de Saúde Primários (CSP), articulando-se, sempre que necessário, com o hospital. Caracterizar a população pediátrica que recorre ao Serviço de Atendimento Complementar (SAC) do Centro de Saúde de Oeiras, distrito de Lisboa, durante o mês de Novembro de 2006, e alguns aspectos do atendimento, considerando que a maioria das situações ditas de urgência em pediatria não necessita de atendimento hospitalar e pode ser resolvida nos CSP. Estudo descritivo, retrospectivo. Escolhidos aleatoriamente 5 dias do mês de Novembro de 2006. Dimensão do estudo: 229 crianças até aos 17 anos inclusive. Dados obtidos através da consulta da ficha de atendimento complementar. Variáveis analisadas: idade, sexo, com Médico de Família, tempo de permanência no serviço, principais motivos de consulta, exames complementares de diagnóstico realizados, diagnósticos, terapêutica e orientação clínica. De 916 utentes que recorreram ao SAC no período descrito, 229 (25%) tinham idade compreendida entre 1 mês e 17 anos, com mediana de 72 meses; 53% do sexo masculino. A maio-

ria (88%) tinha médico de família. O tempo de permanência no SAC teve uma mediana de 75 minutos. Os motivos de consulta mais frequentes foram: febre (29%), traumatismo (13%), tosse (10%), lesões cutâneas (9,6%) e odinofagia (7,4%). 13% realizaram exames complementares de diagnóstico. Os diagnósticos mais frequentes foram: infecção respiratória alta (45%), traumatismo (11%), patologia da pele e tecidos moles (8%), gastroenterite aguda (7%) e infecção respiratória baixa (4%). Foi instituída antibioticoterapia em 23% dos doentes. Apenas 6%(14) dos doentes foram referenciados para a urgência hospitalar, tendo o motivo mais frequente sido traumatismo (6). Os restantes foram orientados para o domicílio (91%) ou consulta de especialidade. A população pediátrica representou uma percentagem significativa (25%) dos utentes que recorreram ao SAC neste período, destacando-se uma elevada proporção de crianças com Médico de Família. Apenas 6% foram referenciados para a urgência hospitalar, o que confirma a hipótese inicialmente colocada, que a maioria das situações de urgência em pediatria pode ser resolvida nos Cuidados de Saúde Primários. A possibilidade de realização de exames complementares de diagnóstico (laboratório e radiologia) neste SAC poderá ter contribuído para a baixa taxa de referência.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, urgências pediátricas.

PD305-Tensão arterial nas crianças de 6 anos das escolas de Campanhã (Porto) e sua relação com a obesidade

Célia Xavier, Susana Sinde, Karina Alves, Helena Beatriz
Centro de Saúde de Campanhã

Introdução: Este trabalho integra-se no estudo “Um Mundo Melhor”, que consiste numa investigação sobre estilos de vida e a sua relação com determinadas patologias, seleccionados pela sua previsível prevalência, gravidade e possibilidade de intervenção. Inclui cinco sub-projectos, com população alvo, metodologia, estratégias e recursos comuns. Os autores apresentam os Resultados referentes ao sub-projecto da tensão arterial (TA). **População alvo:** Crianças nascidas em 2001 e matriculadas, no ano lectivo de 2007/2008, no primeiro ano, nas escolas públicas da freguesia de Campanhã. **Objectivos:** Conhecer a prevalência de TA normal alta e hipertensão arterial (HTA) e a relação destas com o excesso de peso e a obesidade. **Métodos:** Os dados foram colhidos em ambiente escolar, em medição única. Utilizaram-se as definições de TA normal alta, HTA, de excesso de peso e obesidade preconizadas no “Programa Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil”. Na análise estatística utilizaram-se os testes do qui-quadrado e Mann-Whitney. **Resultados:** A população alvo compreendia 359 crianças, tendo sido avaliadas 337 (93,9%). A idade média foi de 6,3 anos (5,7-7,1), com ligeiro predomínio do sexo feminino (52,2%). A prevalência encontrada de HTA foi de 25,8% (raparigas: 27,9%; rapazes: 23,8%) e de TA normal alta 14,8% (raparigas: 15,5%; rapazes: 14,2%), apresentando as restantes crianças TA normal. Do total de crianças avaliadas 20,5% tinham excesso de peso e 18,7% obesidade. Das crianças com HTA 40,2% tinham obesidade (raparigas: 37,8%; rapazes: 42,8%) e 17,2% excesso de peso (raparigas: 22,2%; rapazes 11,9%). Entre as crianças com TA normal alta 16% eram obesas e 16% tinham excesso de peso. Na análise bivariada, foi encontrada uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a TA e o índice de massa corporal ($p < 0.0001$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos. **Conclusão:** Os resultados mostram uma elevada prevalência de HTA, o que poderá justificar-se pelo facto da TA ter sido determinada em medição única. Contudo, o estudo realça ainda uma forte relação entre a HTA e a obesidade infantil, reforçando a importância da avaliação tensional. Tratando-se de importantes factores de risco cardiovascular impõe-se a continuação deste estudo para uma melhor caracterização, no sentido de reforçar a prevenção e programar uma intervenção o mais precoce possível.

Palavras-chave: Tensão arterial, obesidade infantil.

PD306- Hábitos de higiene de crianças e jovens numa população escolar.

Claudia de Almeida Fernandes¹, Ana Tomé²

1- Centro Hospitalar de Setúbal EPE, 2- Centro Saude Montijo

Os hábitos de saúde das crianças e jovens são ensinados desde os primeiros anos das suas vidas. Higiene pessoal, higiene do trabalho e do descanso, bem como adequados hábitos nutricionais determinam o estado de saúde da criança, e mais tarde, do adulto. Foi realizado um questionário a 518 alunos do 3º ao 6º ano de escolaridade em 4 escolas públicas. 56,2% refere lavar as mãos 4 ou menos vezes por dia e apenas 75,8% refere lavar sempre as mãos após utilização do WC. Quanto à lavagem dos dentes apenas 37,6% refere fazê-lo após todas as refeições. 44,1% refere passar menos de 1 hora por dia a estudar e a

realizar os trabalhos de casa e, a maioria (53,2%) refere fazê-lo sozinho. 51,4% refere passar mais de 1 hora por dia a jogar computador ou na consola de vídeo, enquanto 70,2% refere ver televisão mais do que uma hora por dia, nos dias de aulas. A maioria dorme 9 horas por dia nos dias de semana. Apenas 44,3% refere praticar desporto mais do que 2 vezes por semana. Comem fruta, salada e sopa mais que 1x/dia 33,4%, 14,7% e 20% dos inquiridos, respectivamente. 64% refere comer qualquer coisa antes de deitar, após o jantar. 58,8% refere beber sumo ou refrigerantes diariamente, ao jantar. O estudo dos hábitos de higiene nesta população demonstrou que a maioria tem hábitos nutricionais desadequados. Infelizmente a maioria esquece-se de lavar os dentes após cada refeição, bem como de lavar as mãos. Demasiadas crianças não fazem desporto suficiente, e passam muito tempo em actividades sedentárias.

Palavras-chave: Hábitos higiene, hábitos alimentares.

PD307-Edema hemorrágico agudo da infância – dois casos clínicos

Gustavo Januário¹, José Robalo¹, Paulo Maia¹, Rosa Mascarenhas², Martinha Henrique²

Hospital de Santo André, Leiria, 1- Serviço de Pediatria HSA, 2- Serviço de Dermatologia HSA

O edema hemorrágico agudo da infância (EHAI) é uma vasculite de causa desconhecida que afecta crianças nos primeiros 2 anos de vida. Manifesta-se pelo aparecimento súbito de lesões anulares purpúricas exuberantes que atingem tipicamente a face e as extremidades e que se acompanham de edema doloroso das mãos e dos pés. Apresentam-se 2 doentes com o diagnóstico de EHAI que recorreram à Urgência Pediátrica (UP) no mesmo mês. A primeira doente era uma lactente de 8 meses, previamente saudável, que sob antibioterapia com amoxicilina-ácido clavulânico por diagnóstico presuntivo de impétigo, inicia lesões maculo-papulosas purpúricas e confluentes, de dimensões variáveis, esboçando alvos, que atingiam a face, mãos e perineo poupando o tronco. As lesões estavam associadas a edema bilateral das mãos e dos pés. Sempre apirética e com bom estado geral. Contexto de CRS com cerca de 3 semanas evolução. Antecedentes pessoais considerados irrelevantes. Foi observada pela Dermatologia que confirmou o diagnóstico de EHAI. A segunda doente era uma menina de 17 meses enviada á UP pela Dermatologia por EHAI e febre elevada com 3 dias evolução, intervalos curtos entre os picos febris, má perfusão periférica e arrepios na subida térmica. Apresentava tosse com rinorreia aquosa e irritabilidade. Terminou amoxicilina 4 dias antes na sequência de otite. Antecedentes pessoais de convulsões febris. O exame objectivo revelou lesões eritemato-violáceas, algumas em alvo, dispersas por todo o tegumento com edema das mãos e dos pés. Realizou investigação laboratorial que revelou 7000 leucócitos/ μ L (58,6% neutrófilos) e 318800 plaquetas/ μ L. Os tempos de coagulação e teste rápido de urina foram normais. A proteína c-reactiva era de 5,3 mg/dl. A hemocultura foi negativa. Em ambos os casos manteve-se uma atitude expectante com acompanhamento em ambulatório, tendo as lesões desaparecido completamente em 2 semanas. Os autores apresentam 2 casos que retratam uma entidade clínica pouco conhecida e certamente sub-diagnosticada. Embora típico, o quadro clínico pode ser variável, cursar ou não com febre e estar associado a infecções graves, levantando problemas de diagnóstico diferencial. Apesar da espectacularidade das lesões cutâneas trata-se de uma situação benigna e auto-limitada, que não necessita de tratamento farmacológico e cuja necessidade de biopsia deve ser reservada aos casos atípicos.

Palavras-chave: Edema hemorrágico; vasculite.



PD308-Obstipação: Dimensão do Problema numa Consulta de Pediatria Geral

Andreia Oliveira, Marcela Pires Guerra, Filipa Cunha, Lígia Peralta, Adelaide Bicho

Serviço de Pediatria, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

Introdução: A obstipação é uma patologia frequente em Pediatria. Segundo a Sociedade Norte-Americana de Gastroenterologia Pediátrica e Nutrição define-se como atraso ou dificuldade nas defecções durante duas ou mais semanas, suficiente para condicionar desconforto significativo. **Objectivos:** Caracterizar os hábitos intestinais e avaliar a importância da obstipação, numa consulta de Pediatria Geral. **Material e Métodos:** Estudo transversal, através da aplicação de questionários, numa amostra de conveniência com crianças de idade não inferior a dois anos e sem doença orgânica, endócrina ou metabólica, que frequentaram a consulta externa de Pediatria Geral do Hospital Infante D. Pedro, entre Março e Maio de 2008. Os parâmetros avaliados foram: idade, sexo, características das defecções, factores protectores e de risco para obstipação, contexto e impacto na vida diária das queixas. A obstipação foi definida pela presença, por duas ou mais semanas, de duas ou mais das seguintes características: menos de três defecções por semana, um ou mais episódios de encoprese por semana, posturas de retenção fecal, defecções dolorosas/fezes duras e fezes de grande volume. **Resultados:** Obtiveram-se 103 questionários, com um predomínio do sexo masculino (62.1%) e uma idade mediana de 6 anos (mín=2; máx=16). Relativamente às características das defecções, verificaram-se: menos de três defecções por semana em 8.7%, um ou mais episódios de encoprese por semana em 9.7%, posturas de retenção fecal em 7.8%, defecções dolorosas/fezes duras em 13.6%, fezes de grande volume em 15.5%. Cumpriram critérios de obstipação 14.6% das crianças, tendo-se registado relativamente aos factores de risco: ausência de defecções após as refeições em 46.7% e história familiar de obstipação em 80.0%. No que diz respeito aos factores protectores constatou-se: consumo diário de água e fibras em 60.0% e 86.7% respectivamente, e utilização da casa de banho da escola em 73.3%. O início das queixas foi atribuído ao treino de controlo de esfíncteres em 46.7%. A obstipação implicou um absentismo escolar de 26.7%. **Conclusões:** A prevalência da obstipação foi relevante (14.6%); contudo a generalização dos dados deverá ser feita com precaução tendo em conta o tipo de estudo e critérios utilizados. Prevê-se a realização de um estudo prospectivo na consulta externa do Serviço em questão, visando a optimização das medidas preventivas e terapêuticas da obstipação.

Palavras-chave: Obstipação; hábitos intestinais; Pediatria Geral.

PD309- Amigdalite Aguda: Caracterização Clínica e Laboratorial

Cristina Gonçalves, Rosário Ferreira, Gabriela Araújo e Sá
Serviço de Pediatria; Departamento da Criança e da Família; Hospital de Santa Maria - CHLN

Introdução: A amigdalite aguda (AA) é um dos motivos mais frequentes de consulta em idade pediátrica. O diagnóstico etiológico (bacteriana vs viral) é frequentemente presumido a partir do aspecto clínico, motivando a prescrição de antibióticos. Normas internacionais defendem a necessidade de realização de exame bacteriológico (EB) do exsudado faríngeo (EF) para a decisão terapêutica. **Objectivos:** Caracterização dos aspectos clínicos e laboratoriais dos quadros de amigdalite aguda diagnosticados na Urgência Pediátrica de um hospital central; relacionar os aspectos clínicos com o resultado do EB do EF; identificar a probabilidade de sub ou sobre medicação com base no exame clínico. **Métodos:** Durante 2 meses foi colhida uma amostra de conveniência de crianças com diagnóstico de AA com base em critérios clínicos. Para cada criança, após obter o consentimento informado do acompanhante, foi preenchido um questionário que visava dados demográficos, história, exame objectivo e dados laboratoriais, se solicitados. Posteriormente foi efectuado EB do EF. Dados registados e tratados através de estatística descritiva e Teste do Chi Quadrado. **Resultados:** Durante o período estudado foram observadas 7989 crianças na Urgência Pediátrica, das quais 355 (4.4%) tiveram alta com diagnóstico de AA. Destas, 58 crianças foram incluídas no estudo, 53% (30) do sexo masculino, com mediana de idades 60 meses (17-180 meses). Doze (20.7%) crianças já tinham sido observados neste episódio de doença. Febre(52;89.7%) e odinofagia(47,81,0%) foram os sintomas mais frequentes. Ao exame objectivo, o exsudado da orofaringe estava presente em 38 (65.5%) crianças. Em 41 crianças (70.7%) foi instituída terapêutica antibiótica. O EB do EF foi positivo em 15 (25.9%) casos. Nenhum outro dado da história clínica foi significativamente diferente nos grupos de doentes com exsudado faríngeo positivo e negativo. Relativamente ao exame objectivo, houve dife-

rença significativa no exantema escarlatiniforme ($p < 0,02$), não existindo significância estatística para os restantes aspectos. Não existiu igualmente diferença estatística na instituição de antibioticoterapia nos grupos com exsudado faríngeo positivo e negativo. **Conclusões:** A apresentação clínica não permite concluir sobre a etiologia do quadro, pelo que a instituição ou não de antibioticoterapia não pode ter apenas esta base. O exame "gold standard" para o diagnóstico de amigdalite bacteriana é o exame bacteriológico do exsudado faríngeo.

Palavras-chave: Amigdalite Aguda, Exsudado Faríngeo

PD310- Estudo de Prevalência da Obesidade Juvenil em Quatro Agrupamentos Escolares da Freguesia de Aldoar

Andreia Leitão, Ana Romani, Maria dos Anjos Reis Lima
UAG-MC, Hospital S. João, Centro de Saúde de Aldoar-Unidade de Aldoar

Introdução: A obesidade infantil e juvenil é cada vez mais um problema de Saúde Pública, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento. A relevância do tema é tal que a OMS a considera como um dos problemas de Saúde Pública mais importantes do mundo, superando outras questões clássicas como a desnutrição, subnutrição e as doenças infecciosas. Por isso, já é considerada a epidemia global do século XXI, ultrapassando o âmbito científico e sendo tema frequente nos meios de comunicação social. O objectivo do nosso trabalho foi estimar a prevalência de excesso de peso e obesidade dos adolescentes nos quatro agrupamentos escolares da Freguesia de Aldoar, e comparar o resultado com os referidos em estudos recentes nacionais e internacionais. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional directo, descritivo e transversal, realizado em 2007. A população do estudo é constituída por 1245 estudantes dos 10 aos 18 anos inscritos nos agrupamentos escolares da Freguesia de Aldoar. O estudo é portanto multicêntrico. Os adolescentes foram pesados a vestir roupas ligeiras, e as medições foram feitas sem sapatos, com a cabeça posicionada de acordo com o plano de Frankfurt. O índice de massa corporal (IMC, kg/m^2) de cada estudante foi calculado a partir das medições de peso e altura. Os IMCs foram então percentilados de acordo com a idade e o sexo, utilizando o programa Health Watch Pro v2.1, Health Data Management and Analysis System for Windows 98/ME/NT/2000/XP, por BV Tech. Inc. © 2004. **Resultados:** A proporção dos estudantes que apresentaram excesso de peso ou risco de obesidade foi de 16,4%, e a proporção de obesidade foi de 9,8%, sendo o resultado global de excesso de peso e obesidade de 26,2%. **Discussão e Conclusão:** A obesidade infantil e juvenil é um problema de saúde relevante nas consultas de Cuidados de Saúde Primários com índices de prevalência semelhantes aos achados noutros países desenvolvidos, e não apresenta diferenças significativas entre sexos. No plano de Saúde Pública, prevenir a obesidade é estrategicamente mais importante que tratá-la, o que deve iniciar-se na educação para a saúde infantil.

Palavras-chave: Obesidade, adolescência.

PD311- HTA de causa rara

Sofia Fernandes¹, Maria Gomes Ferreira¹, Manuel Primo¹, Maria Rosário Amaral¹, Luísa Carmona², Orlando Cordeiro²

1- Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, 2- Serviço de Cirurgia Pediátrica, do Hospital Garcia de Orta

Introdução: A hipertensão arterial (HTA) sistémica é uma patologia rara na infância. A etiologia mais frequente é a patologia renal e renovascular. **Caso Clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de uma criança de 6 anos, sexo masculino, tendo como antecedentes patológicos 2 infecções urinárias aos 3 e 15 meses de idade. Detectada, neste contexto, hidronefrose ligeira/moderada à esquerda e RVU activo, grau II-III/V à direita, resolvido aos 2 anos e meio. A cintigrafia renal, aos 10 meses, mostrava simetria funcional e o renograma excluiu patologia obstrutiva. Aos 5 anos, aquando de uma fratura da tacícula radial direita, foram detectados valores de tensão arterial sistólica e diastólica permanentemente superiores aos do percentil 95 para idade e estatura. A HTA foi confirmada por pressurometria das 24h. No decurso da investigação subsequente, realizou ecografia renal que revelou assimetria renal, com rim direito de menores dimensões, de contornos irregulares e redução multifocal do parênquima, associada a hidronefrose moderada. A cintigrafia renal mostrou assimetria funcional (rim direito - 9%), com lesão parenquimatosa global do rim direito. O renograma não foi conclusivo pela redução da função do rim direito e o EcoDoppler excluiu estenose da artéria renal. Foi submetido a nefro-ureterectomia direita, tendo sido constatado síndrome de junção pielo-ureteral por vaso anómalo; a análise anatomopatológica revelou

atrofia cortical com hemorragia e inflamação crónica intersticial. Após a cirurgia, os valores tensionais normalizaram, mantendo-se, até à data, inferiores aos do percentil 90, confirmados pela pressurometria das 24h, aos 8 meses pós cirurgia. **Discussão:** No caso clínico apresentado, a HTA foi secundária a síndrome de junção por vaso anómalo, com consequente hidronefrose e atrofia cortical. Trata-se de uma patologia bastante rara, incluída nas causas renais/renovasculares de HTA. O seu diagnóstico definitivo foi possível durante a nefrectomia, simultaneamente diagnóstica e terapêutica.

Palavras-chave: HTA, Síndrome junção pielo-ureteral por vaso anómalo.

PD312- Acidentes domésticos: questionar para saber educar

Andrea Dias¹, Lívia Fernandes²

1-Hospital Pediátrico de Coimbra, 2-Centro de Saúde de São Martinho do Bispo

Introdução: Os acidentes domésticos são uma importante causa de morbilidade e mortalidade na infância, resultado frequente de desconhecimento e imprudência. **Objectivo:** Avaliar o conhecimento parental relativo às normas de segurança infantil e identificação dos principais erros, permitindo um ensino estruturado no âmbito da consulta. **Material e Métodos:** Estudo transversal, através do preenchimento de um inquérito pelos pais das crianças seguidas em consulta de saúde infantil, de Outubro a Dezembro de 2007. As respostas foram analisadas usando o programa Excell. **Resultados:** Responderam ao inquérito os pais de 141 crianças, 54,6% do sexo masculino, com mediana de idade de 6 anos (mínimo 9 meses; máximo 13 anos). A maioria dos pais inquiridos referiu ter tido acesso a informação sobre prevenção de acidentes domésticos (95,7%), principalmente através da televisão (75%) ou do médico/enfermeiro (60%). Nunca tinham ouvido falar sobre esta temática 4,3%. Referiram que os seus filhos já tinham sofrido um acidente doméstico os pais de 21 crianças (15%), sobretudo quedas (7/21) e queimaduras (4/21) e 9,5% destes não tomaram nenhuma atitude posterior. Questionados em relação aos métodos de protecção usados no domicílio: referiram não usar cancelas nas escadas/declives 44,7%, protecção de tomadas eléctricas 20% e de arestas 62,7%. Guardavam os produtos tóxicos ao alcance das crianças 8,5%, mas sempre no recipiente de origem. Deixavam os filhos brincar na cozinha durante a preparação das refeições 78%, ficando os alimentos quentes ou fósforos/isqueiros ao seu alcance, em 23,4% e 13,4% dos casos respectivamente. Na preparação da água do banho, 43,2% referiram adicionar primeiro a água quente e 3,5% não verificavam previamente a temperatura da água. Ao andar de bicicleta ou relacionado 13,5% não usavam capacete e 22,7% afirmaram que os seus filhos brincavam em zonas de circulação de veículos. Todos os pais se preocupavam em verificar o cumprimento das normas de segurança dos brinquedos, no entanto 33,3% não o faziam sistematicamente. Referiram o uso de andarilho 55,3%. Cerca de 1,4% não usava cadeira de transporte no automóvel e 22% transportavam por vezes os filhos ao colo. **Conclusões:** Verifica-se ainda um importante desconhecimento e incumprimento das principais normas de segurança infantil. É urgente reconhecer quais os principais erros, para poder educar de forma antecipatória e estruturada no âmbito da consulta.

Palavras-chave: Acidentes domésticos, segurança infantil, erros, ensino.

PD313- Saúde oral - o que sabem e o que fazem...

Suzana Figueiredo¹, Lara Lourenço², Teresa Andrade³, Fátima Pinto⁴

1- CHAM, EPE, 2- HSJ, 3- CHAM, 4- Centro Saúde da Carvalhosa e Foz do Douro

Introdução: As doenças orais são um grave problema de saúde pública, principalmente na população infantil. Apesar da redução significativa da cárie a sua prevalência mantém-se elevada nas crianças. Estando os factores de risco relacionados com estilos de vida, uma das abordagens tem sido o ensino de boas práticas de higiene oral e educação alimentar. Os objectivos deste estudo foram avaliar os conhecimentos e práticas de saúde oral de uma população infantil e compará-los entre diferentes estratos socio-económicos. **Material e Métodos:** Foi realizado um inquérito acerca dos conhecimentos e hábitos de saúde oral a dois grupos de alunos do 3º e 4º anos do 1º ciclo, em duas instituições da cidade do Porto, uma pública (grupo A) e outra privada (grupo B). Foram analisados parâmetros demográficos, hábitos de higiene oral, hábitos alimentares, tratamentos dentários efectuados e conhecimentos de saúde oral. **Resultados:** Foram realizados 127 inquéritos dos quais 88 na instituição pública. Setenta crianças são do sexo feminino, com uma mediana de idade de 10 anos. A grande maioria lava os dentes sozinho, 83,5% das crianças todos os dias, ensinados pelos pais em 86,6% dos casos e 32% usando o mesmo dentífrico destes. Metade das crianças afirma que a lavagem dos den-

tes é mais importante ao deitar. O fio dentário é usado apenas por 24% das crianças; 73 % já foram ao dentista, na maioria das vezes por rotina ou por cáries. Em relação aos hábitos alimentares a maioria admite comer guloseimas e beber sumos, mas apenas 53,5% confirma consumir alimentos cariogénicos. Pensam ter os dentes bem lavados 66,9%, 45,7% que as cáries não se transmitem e 1/3 que a professora aborda frequentemente estes assuntos. Comparados os 2 grupos, o B sabe melhor quando é mais importante lavar os dentes, vai mais ao dentista, mais vezes por rotina e com maior periodicidade. Não existem diferenças quanto ao consumo de guloseimas ou sumos apesar de as crianças do grupo B admitirem mais comerem alimentos cariogénicos. **Conclusão:** O tamanho da amostra limitou os resultados obtidos que não representa a nossa população infantil, no entanto mostra-nos que há ainda muito a fazer para melhorar os conhecimentos e hábitos de higiene oral das nossas crianças. De acordo com o esperado parece haver diferenças significativas entre grupos sócio-económicos distintos.

Palavras-chave: Saúde oral, Comportamentos.

PD314- Conversar desde o berço. Estimulação da linguagem em crianças dos 0 aos 5 anos."Dicas para os pais de actividades lúdicas favoráveis à comunicação dos filhos".

Luísa Neiva Araújo, Maria do Céu Espinheira, Teresa Andrade, Fátima Pinto
Centro de Saúde da Carvalhosa e Foz do Douro

O desenvolvimento da linguagem na criança depende do ambiente em que esta vive e é sobretudo através da interacção com o meio e das experiências que adquire no seu dia a dia que desenvolve a sua linguagem, organiza o pensamento e aprende a comunicar. A família desempenha um papel fundamental durante os primeiros anos de vida pois representa o núcleo inicial onde a criança se insere e serve de primeiro intermediário dessa mesma interacção. A criança aprende a formar conceitos ao explorar os objectos, a brincar e a ouvir. É encorajando a criança a experimentar essas actividades que se ajuda à sua aprendizagem sobre o mundo que a rodeia e ao despertar da linguagem surgindo então a fala e novas aptidões de comunicação. No decorrer das várias etapas do desenvolvimento, o modo como a criança comunica e se expressa são determinantes do comportamento e estruturação da personalidade. A estimulação da fala, no âmbito das crianças saudáveis, é um excelente meio para que estas possam alcançar o máximo das suas potencialidades e deve ter início em idades tão precoces como as do berço. Paralelamente ao seu impacto no desenvolvimento cognitivo também consegue uma implicação mais activa e lúdica dos pais criando maior vinculação. Conversas e brincadeiras diárias entre pais e filhos são actividades de parentalidade afectivas e prazerosas imprescindíveis às diversas vertentes do desenvolvimento desde a motricidade à linguagem, realização, raciocínio prático e competências pessoais e sociais. Neste contexto surgiu o projecto de estimulação precoce da linguagem a ser efectuado na consulta de Vigilância Infantil no âmbito da Pediatria Ambulatória que pretende difundir entre os pais as vantagens da sua prática através da exposição de cartaz informativo na sala de espera do consultório. No cartaz são fornecidas pistas e actividades de apoio à estimulação da linguagem e comunicação das crianças, nas diferentes etapas do seu desenvolvimento, desde o nascimento até aos 5 anos ("Dicas para os pais de actividades lúdicas favoráveis à comunicação dos filhos"). A par do cartaz foi também elaborado, para ser distribuído nas consultas, um folheto com a mesma informação, um guia sobre a linguagem da criança em cada etapa do seu desenvolvimento e de conselhos aos pais sobre as formas de agir, brincar, ensinar, orientar e educar os filhos no sentido do incentivo à comunicação. As autoras pretendem divulgar o cartaz e o folheto informativo por elas elaborado.

Palavras-chave: Linguagem, desenvolvimento, aprendizagem.

Área Científica - Pediatria Social

PD315- Maus-tratos Físicos Infantis de 2000 a 2008: NHACJR do HSMarcos

Gabriela Pereira¹, Tânia Barroso¹, Alexandre Monteiro¹, Henedina Antunes²

1- Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR)-Hospital de São Marcos, 2- Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR)-Hospital de São Marcos; Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: Entende-se por maus-tratos(MT) físicos infantis qualquer acção, não accidental, por parte dos pais ou pessoa com responsabilidade, poder ou confiança, que provoque ou possa provocar dano físico em criança ou adoles-

cente. **Objectivos:** Caracterização do(a) agressor(a), vítima e agregado familiar; apresentação de dois casos. **Métodos:** Estudo retrospectivo por consulta da ficha do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR), de crianças sujeitas a MT físicos, entre Janeiro 2000 e Junho 2008. **Resultados:** Amostra de 61 crianças, admitidas no HSM, com idades entre os 4 meses e os 15 anos. Predomínio do sexo masculino (32/61) e idade média de 7,2±4,5 anos. Maior sinalização em 2006 (12 casos). O agressor pertence na maioria ao núcleo familiar, sendo o pai em 44% dos casos. Dois agressores <16 anos. Associado outro tipo de MT em 17 casos: negligência em 9, abuso sexual em 4 e emocional em 4. A mãe foi quem apresentou queixa com maior frequência (46%). As lesões mais frequentes foram as equimoses/hematomas e a localização mais comum a face. A notificação foi feita maioritariamente pelo Serviço de Urgência(SU), sendo internadas 13/61 crianças, com duração média de 17 dias. Auferiram rendimentos do emprego 33/43 famílias, 6 do subsídio de desemprego e 4 de outras pensões. Viviam, na sua maioria em área urbana, casa arrendada e com condições de habitabilidade. Nível de escolaridade dos progenitores inferior ao 2º ciclo em 71% dos casos. Antecedentes de violência conjugal em 27/45 casos, criminalidade em 6/61 e comportamentos aditivos em 25/49 (alcoolismo mais frequente). Consultas de saúde na maioria, doença crónica em 12/59 crianças (Asma mais frequente). Consulta de Pedopsiquiatria em 36%, e as restantes orientadas para Psicologia. O apoio junto dos pais foi a medida de promoção e protecção aplicada em 75% dos casos. Uma criança de 4 anos entrou cadáver no SU. Metade dos casos a cargo apenas do Núcleo, sendo os restantes orientados para entidades superiores. **Conclusões:** Discreto predomínio do sexo masculino, com idade média de 7,2 anos. Equimoses e hematomas, com localização na face, foram as lesões mais comuns. A agressão aconteceu mais vezes no seio familiar, sendo o agressor mais implicado o pai. Baixo nível sócio-cultural na maioria, apesar de subsistirem com rendimentos próprios do trabalho. Os comportamentos aditivos encontrados podem ser entendidos como factores favorecedores dos MT, e estavam presentes em cerca de metade dos casos.

Palavras-chave: Maus Tratos Físicos Infantis.

PD316-Hipótese nula: As problemáticas familiares não interferem na ocorrência de mau-trato

Tania Barroso¹, Alexandre Monteiro², Henedina Antunes³

1- Hospital de São Marcos, Braga, 2- Técnico Superior do Serviço Social. Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco, 3- Pediatra. Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do Hospital de São Marcos, Braga

Introdução: O mau-trato (MT) a crianças não é previsível mas o trajecto pode ser indiciador da frustração pessoal e a uma grande instabilidade emocional, a desumanização de hábitos e de comportamentos, o desaparecimento dos valores morais e humanos, criando um ambiente favorável à instalação de violência de que o MT constitui uma consequência natural e uma das suas heranças¹ **Objectivo:** Caracterizar a população do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR). **Métodos:** Crianças vítimas de MT do NHACJR, Janeiro 2000/Maio 2008. Variáveis estudadas: nacionalidade, concelho de residência, meio rural ou urbano, tipo de MT, adulto que acompanhou a criança na sinalização, idade e sexo da criança, serviços hospitalares onde foi sinalizado, agressores, motivo da consulta na urgência (SU)-Sistema de Apoio ao Médico (SAM), recurso destas crianças aos serviços de saúde, com quem vivem, escolaridade e profissão dos pais, categorização de risco-relações sociais familiares (conflitos no agregado/com a família alargada) e extra-familiares (conflitos com vizinhos, criminalidade), saúde (doença crónica), emprego (desemprego), educação (até 3º ciclo), habitação (sobrelotação) e critérios de gravidade do MT. **Resultados:** Foram referenciadas 224 crianças por Abuso Sexual 34%, Negligência 30%, Violência Física 28% e Emocionais isolados 8%. Nacionalidade Portuguesa 96,4%, Brasileira 1,3%, Ucrainiana, Romena, Espanhola, Colombiana e Angolana. Do Concelho de Braga 62,5%, Vila Verde 11,2%, Póvoa Lanhoso 5,4%, Amares 3,6%, Terras Bouro 2,7%, Vieira do Minho 3,6%, os restantes eram de fora da área do Núcleo. Meio rural 62%. Sinalizadas: SU 71%, Internamento 16% e Consulta Externa 13%, acompanhadas pela mãe 44%. Motivo SU: doença 70,1%, agressão 10,7%, acidentes pessoais 7,1%, desconhecidos 5,8%, grávidas e parturientes 1,8%. O nº de episódios neste hospital para estas crianças 1557 (6,9 de 2000 até Maio de 2008). Pertencem a família nuclear 44%. O pai foi o agressor identificado mais frequente. MT predominou nas meninas 62%, excepto MT físico, em <3anos e adolescentes. Factor de risco: relações sociais familiares 38,4%, saúde 31,9%, extra-familiares 13,3%, emprego 9,6%, educação 3,7%, habitação 2,5%. Gravidade

moderada 47%, grave 42%, 10% ligeira e 1% muito grave. **Conclusões:** Esta população tem "tipologia de risco". Se as razões certas não nos fizerem mudar o componente social favorecedor que os gastos de saúde (1557, sequelas e morte) determinem que é mais barato prevenir. Canha, J.

Palavras-chave: Mau-trato físico; mau-trato sexual; negligência; crianças

Área Científica - Pneumologia

PD317- O que sabem os nossos professores de educação física sobre asma na infância? resultados de um questionário

Helena Sousa¹; André Seabra²; Denisa Mendonça³; Guilhermina Reis¹; Margarida Guedes¹; Fernanda Teixeira¹

1- Serviço de Pediatria do Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, 2- Docente da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física do Porto, 3- Docente do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: A asma é a doença crónica mais frequente na infância sendo causa de importante morbidade. A prática de exercício físico é indispensável para um crescimento saudável e harmonioso e, na criança asmática, esse é um direito que deverá ser assegurado também pelo seu professor de educação física. O conhecimento de noções básicas sobre a asma permite reduzir os factores de risco associados a uma agudização e saber como actuar eficazmente perante uma crise. **Objectivos:** Avaliar os conhecimentos sobre a asma nos professores de educação física na Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física do Porto (FCDEF) **Métodos:** Estudo realizado pelo departamento de Imunoalergologia Pediátrica do Hospital de Santo António em parceria com a FCDEF e o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Foram distribuídos 70 questionários pelos professores de educação física, alunos de mestrado da FCDEF no ano lectivo 07/08. O inquérito consistiu numa 1ª parte onde foram questionados aspectos sociodemográficos e numa 2ª parte composta por 16 questões referentes a noções básicas da asma e sobre a asma e o desporto. **Resultados:** Recebemos os questionários de 40 professores (12 ♀ e 28 ♂), com idades compreendidas entre os 24 e os 58 anos (média 33,5 anos). 55% destes (n=22) leccionam há menos de 5 anos e os restantes 45% distribuem-se equitativamente pelos professores com 5 a 15 anos de ensino (n=9) e pelos com mais de 15 anos (n=9). 80% já leccionou alunos com asma, e destes, dez tiveram mais que 5 alunos. Nas questões acerca da asma (total= 640) obtivemos uma taxa de respostas correctas de 54,7% (n=350), com variabilidade para cada uma entre os 15 e os 100%. Grande parte dos professores (77,5%) desconhecia que a tosse pode ser um indicador de asma; 35% não sabia que a medicação antes do exercício pode prevenir uma crise e 32,5% não concordou que o professor deva confirmar a toma da mesma antes do exercício. Todos (100%) estiveram de acordo que estas crianças devem ser encorajadas para a prática do exercício físico. Não se encontraram diferenças significativas na taxa de respostas certas nos grupos com formação prévia acerca da asma (n=18) ou sem ela (n=22). O grupo que obteve melhor taxa de respostas certas foi aquele com 5 a 15 anos de ensino (61%). **Conclusões:** Apesar da asma ser tão frequente e a maioria dos professores já ter contactado com alunos asmáticos, a taxa de respostas certas foi pouco satisfatória. Parece-nos ser importante e necessário investir na formação continuada dos professores de educação física nesta área, assim como na melhoria da articulação escola-hospital.

PD318- Eventração Diafragmática, Uma causa de pieira recorrente

Miguel Costa¹, Augusta Gonçalves¹, Nuno Ferreira¹, Susana Nunes¹, Liliana Pinheiro¹, Correia Pinto², Carla Moreira¹

1- Serviço de Pediatria, Hospital de S. Marcos - Braga, 2- Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital S. João - Porto

Introdução: A eventração diafragmática (ED) corresponde à substituição de parte ou da totalidade do diafragma por tecido fibroelástico. O diafragma mantém a continuidade e as ligações à margem costal. Nas hérnias, em oposição, há ruptura da continuidade diafragmática. A ED é mais frequente no sexo masculino e tem uma incidência de 1:1400. Muitos casos são assintomáticos. Nos casos mais graves, pode ocorrer dificuldade respiratória no período neonatal. A gravidade da dificuldade respiratória está relacionada com outros factores para além do tamanho do defeito: hipoplasia pulmonar; atelectasia por compressão da base pulmonar e infecção por má drenagem. **Caso Clínico:** Lactente de 8 meses, sexo feminino, com antecedentes de "pieira recorrente". Quadro de tosse produtiva pouco eficaz por vezes emetizante, dificuldade respiratória e exsudado ocular com 12 h de evolução. Apirética. Recusa alimentar parcial.

Antecedentes pessoais: Gravidez vigiada, sem intercorrências. Macrossomia, Apgar: 8/10 e icterícia (4 dias de fototerapia) no período neonatal. Episódios recorrentes de sibilância desde os 5 meses. Internamento aos 7 meses por infecção respiratória com sibilância, dificuldade respiratória e necessidade de Oxigénio suplementar. Antecedentes familiares de Diabetes tipo I materna. Ao exame objectivo: bom estado geral, SpO₂ de 95% em ar ambiente, ligeira tiragem subcostal. Auscultação pulmonar: simetria do murmúrio vesicular, crepitações e ronscos dispersos. Na radiografia do tórax: opacidade da base pulmonar direita, tendo-se verificado existir imagem sobreponível no internamento anterior. Na ecografia e RMN torácicas verificou-se ascensão de parte do fígado na cavidade torácica e atelectasia da parte inferior do lobo inferior direito. Colocada ED como hipótese de diagnóstico mais provável. Submetida a cirurgia em que se confirmou o diagnóstico. Correção com funduplicatura diafragmática. Actualmente, 6 meses após a cirurgia, a criança encontra-se assintomática e sem intercorrências respiratórias.

Discussão: Este caso permite enfatizar que, perante uma criança com episódios repetidos de pieira com dificuldade respiratória, as possibilidades diagnósticas não se restringem à asma. A ED é, em particular, uma causa pouco frequente. A cirurgia precoce pode prevenir a progressão para alterações patológicas pulmonares. O prognóstico após a cirurgia é, regra geral, bom, com mobilidade satisfatória e espessura muscular semelhante à do músculo contralateral.

Palavras-chave: Eventração Diafragmática; Pieira Recorrente

PD319-Aspiração de Corpo Estranho (ACE). Experiência de um centro pediátrico

Catarina Espírito Santo¹, Carolina Gonçalves², Teresa Nunes², Teresa Bandeira², Luísa Pereira²

1- Hospital de Santa Maria, EPE; Centro Hospitalar de Lisboa Norte, 2- Unidade de Pneumologia, Cuidados Respiratórios Domiciliários e de Transição, Departamento da Criança e da Família, Hospital de Santa Maria, EPE, Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Introdução: A ACE é rara. A suspeita de ACE baseia-se na história de aspiração, semiologia e imagem. A gravidade condicionada por mortalidade potencial ou sequelas permanentes implica diagnóstico precoce e tratamento atempados. Pretende-se reflectir sobre a experiência de ACE para sistematizar procedimentos. **Metodologia:** Efectuou-se revisão de 54 casos (M= 15,4/ano) de suspeita de ACE em crianças com idade <16A (Jan 05-Jun 08). Consultaram-se relatórios de BR e BF, processos de internamento e urgência, para dados sobre: idade no diagnóstico(ID), sexo, história de ACE, clínica e imagem, realização de BR e/ou BF, duração entre sintomatologia e diagnóstico, BF/BR de revisão, natureza e localização do CE e complicações imediatas e/ou tardias. **Resultados:** 36 (66,7%) eram rapazes, ID mediana 3 anos (4M a 14A). Em 32 casos confirmou-se CE, 3/4 (24) submetidos a BR. Tempo mediano entre aspiração e diagnóstico: 6 dias (3H-7A). Em 32 houve história de aspiração, 21 tosse, 16 dispneia, 3 sibilância, 7 engasgamento, 5 febre, 2 toracalgia, em 7 alterações AP e 8 pneumonia (4 recorrentes). Em 10 crianças não houve acesso ao registo e não foi possível análise de alterações radiográficas. 17 (53,1%) CE eram orgânicos (frutos secos-12; legumes-4; pão-1), 12 (37,5%) inorgânicos (plástico-7; metal-3; dente-1; pedra-1) e 3 (9,4 %) não especificado. Em 22 (40,1%) casos a suspeita não foi confirmada (8 com BR, 13 BF e 1 BR+BF). O CE localizou-se à dta(12), à esq(11), na traqueia(4). A localização foi desconhecida em 5. Registaram-se complicações na BR em 2 casos (dificuldade em ventilar, tosse com dispneia). Em 15 casos fez-se revisão por BF. O motivo foi suspeita de fragmentação (3), persistência clínico-radiológica (2), não referido em 10 casos. Por persistência de CE 3 crianças foram re-submetidas a BR. Houve sequelas em 3 casos de diagnóstico tardio (3-7 anos após ACE): colapso bronquiectásico em 2 (1 pneumectomia esq), bronquiectasias localizadas noutro. Não se registou mortalidade. **Conclusão:** A ACE é potencialmente grave e na ausência de história de aspiração necessita um elevado índice de suspeição. A demora no diagnóstico aumenta a probabilidade de complicações e sequelas tardias. A BF está indicada nos casos em que há dúvidas. A BR é o procedimento de eleição para extração. A ACE deve ser lidada em centros de referência com endoscopia de intervenção em multidisciplinaridade. **Agradecimentos:** Ao Dr Rosal Gonçalves da Un. Técnicas Pneumologia

Palavras-chave: Corpo estranho; criança; broncoscopia.

PD320- Exposição ao fumo ambiental do tabaco de crianças do 4º ano de escolaridade

José Precioso¹, Catarina Samorinha², José Calheiros³, Manuel Macedo⁴, Henedina Antunes⁵

1-Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2-Departamento de Metodologia da Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 3-Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 4-Serviço Pneumologia, Hospital de São Marcos, Braga, 5-Unidade de Adolescente, Serviço de Pediatria, Hospital de São Marcos, Braga e Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

Introdução: A exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco, ou fumo passivo, é um importante problema de saúde pública. Estudo efectuado em Portugal, em 2002, em crianças de 12-15 anos de idade, revelou que 38% dos alunos da amostra (n=1141) estavam expostos diária ou ocasionalmente ao fumo passivo, pelo facto dos pais ou irmãos/ãs fumarem em casa. Não há informação relativamente às crianças de 9-10 anos de idade em Portugal.

Objectivos: Determinar a prevalência de pais fumadores, de pais fumadores que fumam no domicílio e de crianças expostas ao fumo passivo. Objectivo secundário: avaliar as atitudes dos alunos relativamente ao fumo do tabaco.

Método: Estudo observacional analítico transversal através de aplicação de um questionário anónimo de auto-preenchimento a uma amostra da população de cerca de 2000 alunos do 4º ano de escolaridade no final do ano lectivo de 2006/2007, pertencentes a 35 escolas, integradas em cinco agrupamentos de Escolas do concelho de Braga. **Resultados:** Preencheram o inquérito 793 alunos, 51,4% rapazes. A média de idade±desvio padrão foi de 9,1±0,7 anos. São fumadores diários 15,5% das mães e 37,0% dos pais; 11,4% das mães e 25,8% dos pais fumam diária ou ocasionalmente em casa. Quatorze por cento dos alunos relatam que pelo menos um dos conviventes (pai, mãe, irmão ou outro) fuma diariamente em casa e 28,0% que aqueles o fazem ocasionalmente. Quarenta e dois por cento dos alunos estão expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco; 67,0% e 68,7% dos alunos filhos de mães fumadoras ou pais fumadores, respectivamente, percebem que fumam diária ou ocasionalmente em casa. Acerca da opinião dos alunos em relação ao tabaco: 99,0% das crianças têm a opinião que fumar faz mal à saúde; 96,8% que se os pais fumarem dentro de casa prejudicará a sua saúde; 93,0% não consideram que a atitude de fumar torne as pessoas mais bonitas e 1,8% das crianças pensa que virá a fumar no futuro. **Conclusões:** Quase metade das crianças estão expostas diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto de um dos seus pais, ou outros conviventes, fumarem no interior da casa. **Comentários:** Os profissionais de saúde, em especial os pediatras, devem perguntar sistematicamente aos pais se fumam em casa e aconselhá-los a parar de fumar, ou pelo menos, a fumar fora de casa e do carro. A escola deve aplicar programas de prevenção das crianças ao fumo passivo.

Palavras-chave: Tabaco; exposição passiva; crianças; pais fumadores.

PD321- Três formas distintas de apresentação de infecção por Mycobacterium tuberculosis em adolescentes

Daniel Gonçalves, Catarina Ferraz, Mafalda Sampaio, Rita Fernandes, Teresa Nunes, Luísa Guedes Vaz
Hospital de São João

A infecção por Mycobacterium tuberculosis (Mt) é ainda um dos maiores problemas de saúde pública no nosso país. Os autores descrevem três casos de infecção por Mt em adolescentes, com apresentações clínicas distintas, diagnosticadas num Hospital terciário durante um curto período de tempo. No primeiro caso, apresenta-se um adolescente com 12 anos, sem antecedentes de relevo, internado por dor torácica e febre com 1 mês de evolução. Da investigação efectuada, constatou-se a presença de derrame pericárdico com abundante quantidade de fibrina e prova de mantoux com 30mm. No segundo caso, uma adolescente de 16 anos, com antecedentes de Neurofibromatose tipo 1 e de astrocitoma cerebral, internada por dispneia e febre com 14 dias de evolução, com condensação pulmonar esquerda e prova de mantoux com 40mm, com flictenas. No terceiro caso, um adolescente com 15 anos, institucionalizado e consumidor de haxixe, admitido por cistites de repetição com 4 meses de evolução, com leucocitúria, uroculturas negativas e refractárias a antibioticoterapia empírica. A pesquisa de Mt na urina por Polymerase chain reaction foi positiva. Todos os casos apresentaram resposta clínica favorável após instituição de terapêutica anti-bacilar. Os autores salientam a importância desta entidade face à sua elevada incidência na nossa população, especialmente neste grupo etário. Numa grande percentagem de casos, é importante um elevado índice de suspeição, devido à difi-

culdade do isolamento do Mt nos Líquidos biológicos. Frequentemente, é necessária a instituição de terapêutica anti-bacilar prévia ao diagnóstico definitivo da doença.

Palavras-chave: Tuberculose Adolescentes Mantoux PCR,

PD322- Episódio inaugural de internamento por Bronquiolite: epidemiologia, clínica e isolamento de vírus sincicial respiratório

Lia Rodrigues e Rodrigues, Vanessa Portugal, Luísa Araújo, Margarida Pontes, Conceição Silva, Conceição Fernandes
Centro Hospitalar Póvoa Varzim/Vila do Conde

Introdução: As bronquiolites são um motivo frequente de internamento na primeira infância, sendo o vírus sincicial respiratório (VSR) o principal agente etiológico. **Objectivos:** Descrever e comparar as características epidemiológicas e clínicas do primeiro episódio de internamento por bronquiolite, nos grupos com e sem isolamento de VSR. Determinar a sazonalidade e incidência de bronquiolites por VSR. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de doentes internados entre um de Janeiro de 2004 e 30 de Abril de 2008 com diagnóstico de bronquiolite. Foram incluídos os casos de primeiro episódio de internamento com idade inferior a 24 meses e com exame virológico de aspirado nasofaríngeo. Parâmetros avaliados: epidemiologia, apresentação clínica, laboratorial e radiológica, tratamento efectuado e evolução. **Resultados:** Cumpriram os critérios de inclusão 188 crianças. A incidência de bronquiolites VSR foi 53,7%. A taxa de internamento por bronquiolite (primeiro episódio) em época epidémica foi 11,3%. A duração das épocas epidémicas variou entre 3 a 6 meses, a maioria dos casos ocorreu entre Dezembro e Fevereiro, com pico no mês de Janeiro em todas as épocas. Pertencia ao sexo masculino 57,9% da população estudada, numa proporção de 1,4:1. A média de idades foi menor no grupo VSR (3,6 vs 5,1 meses; $p < 0,05$), destes 64,4% tinham idade ≤ 3 meses. Na admissão 50,5% apresentavam febre e 95,2% SDR, dos quais 28,5% com hipóxia. A média global da contagem de leucócitos foi de 12751 e o valor médio de proteína C reactiva (PCR) foi 2,22 mg/dl. A taxa de transferência para unidades de cuidados intensivos foi de 1,6%. Em suma, foram encontradas algumas diferenças com significado estatístico ($p < 0,05$) entre os grupos, verificando-se que no grupo VSR a média de idades foi menor (3,6 vs 5,1 meses), a média de dias de internamento foi maior (6,2 vs 4,8), a presença de hipóxia na admissão e necessidade de oxigenoterapia foi superior, assim como a instituição de pausa alimentar e fluidoterapia endovenosa. A contagem média de leucócitos foi superior no grupo vírus negativos (11677 vs 14289), não havendo diferenças em relação à PCR. **Discussão e Conclusões:** O isolamento do VSR em contexto de bronquiolite parece ser um marcador de maior severidade clínica, embora o curso clínico da doença tenha sido favorável em ambos os grupos. O conhecimento das características epidemiológicas e clínicas poderá permitir planear estratégias de intervenção mais dirigidas.

Palavras-chave: Bronquiolite; vírus sincicial respiratório.

PD323- A idade e a apresentação clínica da perturbação respiratória do sono

Helena Rios, Teresa Silva, Miguel Félix, M^a Helena Estêvão
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: A perturbação respiratória do sono (PRS) na criança pode manifestar-se de forma diversa consoante a sua idade: sintomas de predomínio nocturno, diurno ou geral (repercussão no desenvolvimento estatoponderal e psicomotor da criança). **Objectivos:** Avaliar a relação entre as manifestações clínicas de PRS e a idade das crianças. **Métodos:** Estudo retrospectivo (Janeiro 2005 a Junho 2007) dos processos de 76 crianças a quem foi pedida oximetria nocturna por suspeita de PRS, com análise das seguintes variáveis: idade, sexo, manifestações clínicas e dados antropométricos. Doze crianças foram excluídas por informação insuficiente nos processos. **Resultados:** O grupo de 64 crianças estudadas tinha uma idade média de 5 anos e 6 meses, sendo 69% do sexo masculino. Os sintomas nocturnos e diurnos estavam presentes em 59% das crianças e apenas nocturnos em 34%. Três crianças apresentavam apenas sintomas gerais: má progressão ponderal (MPP). Os sintomas nocturnos foram os mais comuns (94%): roncopatia-75%, apneia-70%, sudorese nocturna-47%. Os sintomas diurnos mais frequentes foram: a respiração bucal e ruidosa (17% cada), sonolência e rinorreia (16% cada). A MPP estava presente em 13 (20%) crianças. A hiperactividade foi mais comum no grupo de crianças entre os 1 e 5 anos, e a sonolência nas crianças entre os 6 e 12 anos; a sudorese nocturna predominou nos 1^{os} anos de vida. Nas 48 crianças com registo de

dados antropométricos, 29% tinham excesso de peso/obesidade (EP/O) e 13% peso inferior ao percentil 5 (P5). O EP/O foi mais comum a partir dos 6 anos de idade, e o peso inferior ao percentil 5 até aos 5 anos. **Conclusões:** A PRS na criança manifesta-se sobretudo por sintomas nocturnos e apresenta grande variabilidade em função da idade. Na criança pequena, a hiperactividade é mais frequente do que a sonolência. Nos lactentes e primeira infância é mais frequente a MPP enquanto o EP/O predomina nas crianças maiores e adolescentes. Na criança, é importante, ter presente a enorme diversidade de manifestações clínicas da PRS, de forma a permitir um correcto diagnóstico.

Palavras-chave: Criança, perturbação respiratória do sono, clínica, idade

Score oximetria	Estudo Poligráfico do Sono			
	Inconclusivo	SRVAS/ SAOS ligeiro	SAOS moderado	SAOS grave
1 (n=36)	-	7	1	-
2 (n=18)	1	1	-	1
3 (n=14)	-	3	1	2
4 (n=3)	-	-	-	1

Tabela 1. Relação entre os resultados das oximetrias e de EPS. (Scores de oximetria: (1) Normal/ Inconclusiva para SAOS; (2) SAOS ligeiro; (3) SAOS moderado; (4) SAOS grave).

PD324- Bronquiolite aguda: impacto da infecção nosocomial

Diana Gonzaga, Hernani Brito, Ana Novo, Maria Guilhermina Reis
Hospital Santo António

Introdução: A Bronquiolite aguda é a infecção respiratória inferior mais frequente, e a principal causa de hospitalização nas crianças nos primeiros 2 anos de vida. A vigilância e prevenção das bronquiolites nosocomiais figura como um indicador de qualidade e segurança dos serviços de Pediatria e a sua avaliação constitui uma obrigação de Saúde Pública. **Objectivo:** Caracterizar os internamentos por bronquiolite aguda no Serviço de Pediatria do HSA ocorridos num ano epidemiológico e avaliar a incidência de bronquiolite nosocomial, nomeadamente o seu impacto no tempo de internamento e evolução clínica. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos de doentes internados com o diagnóstico de bronquiolite entre Julho 2006 e Junho 2007. Definida bronquiolite nosocomial como infecção com início após 5 dias de hospitalização. Avaliaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, critérios e duração de internamento, antecedentes, exames complementares, tratamento, complicações e evolução clínica. Análise estatística efectuada utilizando o SPSS15. **Resultados:** Foram incluídas 84 crianças (58% sexo masculino), com idades entre 15 dias e 24 meses (mediana 4 meses). Dos casos internados 8% não apresentavam o diagnóstico de bronquiolite à admissão. Verificou-se uma taxa de hospitalização superior em pequenos lactentes (57% menos 5 meses) e na presença de factores de risco associados (69% mais de 2 factores). A maioria dos internamentos ocorreu entre Novembro e Abril (91%), sendo o vírus mais frequentemente isolado o VSR (49%). Necessitaram de oxigenoterapia 57% dos doentes, com instituição de terapêutica broncodilatadora e corticoterapia sistémica em 92% e 45%, respectivamente. A complicação mais frequente foi a sobreinfecção bacteriana (20%) e 6% dos doentes foram admitidos em UCIP. As bronquiolites nosocomiais corresponderam a 5% da totalidade dos casos, tendo todos os doentes idade inferior a 2 meses. A mediana de dias de internamento foi de 5 dias, sendo superior nas bronquiolites nosocomiais (19,5 dias). **Conclusões:** A epidemiologia da bronquiolite e sua abordagem foi semelhante a outras casuísticas publicadas. A bronquiolite nosocomial atingiu sobretudo os pequenos lactentes, associando-se a um maior tempo de internamento. A diminuição da sua incidência, bem como os custos associados exige a implementação de medidas internas sistémicas de prevenção, nomeadamente pela aplicação de vias de cuidados integrados.

Palavras-chave: Bronquiolite, infecção nosocomial, VSR.

PD325- Bronquiolite- Uma revisão casuística

Diana Gonzaga, Marta Grilo, Luís Alves, Amélia Bárto, MRG Carrapato Hospital São Sebastião

Introdução: A Bronquiolite é a infecção do trato respiratório inferior mais frequente nas crianças até aos 2 anos de idade, sendo responsável por um elevado número de internamentos. Com características epidémicas, o vírus sincicial respiratório (VSR) é o agente etiológico mais frequente. **Objectivos:** Avaliar a taxa de internamentos por bronquiolites no Serviço de Pediatria do HSS nos anos de 2004 a 2006 e documentar a epidemiologia, sazonalidade, dados demográficos, tratamento, resposta e evolução. **Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados por bronquiolite durante os anos em estudo considerando as variáveis: sexo, idade, antecedentes, duração de internamento, exames complementares, tratamento, complicações e evolução clínica. Análise estatística através do programa SPSS15. **Resultados:** Foram internadas 436 crianças (58% sexo masculino), num total de 528 internamentos (19% total dos internamentos), com idades compreendidas entre 7 dias e 24 meses (mediana 6 meses). Dos antecedentes constatou-se a prematuridade em 23%, com 7% de doença pulmonar crónica. O VSR foi o vírus mais frequentemente isolado (55%). A maioria dos internamentos (87%) ocorreu entre Dezembro e Maio (35% Janeiro) correspondendo ao pico de incidência do VSR. A mediana de duração do internamento foi de 5 dias e a taxa de internamentos superior em lactentes <6 meses (55%). A terapêutica com broncodilatadores e corticoides foi usada principalmente acima dos 3 meses de idade ($p < 0,05$), enquanto a adrenalina, nos com menos de 3 meses ($p < 0,05$). Necessitaram de oxigenoterapia 48% dos doentes e cinesioterapia respiratória 71%. Dos 12 doentes (2,3%) que necessitaram de ventilação assistida, 92% tinham menos de 3 meses e destes 58% eram prétermos e em 75% foi isolado o VSR ($p < 0,05$). Hiperreactividade brônquica ocorreu em 17% dos casos. **Conclusão:** A descrição epidemiológica é semelhante à encontrada na literatura. A prematuridade e idade inferior a 3 meses estão relacionadas com maior necessidade de oxigenoterapia, ventilação assistida e evolução para hiperreactividade ($p < 0,05$). Quanto a outros factores de risco, nomeadamente complicações da prematuridade, peso não apropriado à idade gestacional e factores socioeconómicos, os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos. A terapêutica com broncodilatadores, adrenalina, corticoides, apesar de controversa, ainda é bastante utilizada na nossa prática clínica.

Palavras-chave: Internamento, bronquiolite, VSR.

PD326- Bronquiolite obliterante após infecção respiratória por Metapneumovirus humano: uma nova consequência?

Carla Dias¹, Henrique Soares², Marta João Silva³, Teresa Nunes⁴, Luísa Guedes Vaz⁵
Hospital São João - EPE

Introdução: A bronquiolite obliterante (BO) é uma doença pulmonar crónica rara na idade pediátrica. Caracteriza-se por um processo inflamatório intenso que pode resultar em obstrução permanente das vias aéreas inferiores. Pode ser secundária a doença inflamatória subjacente, inalação de tóxicos, transplante pulmonar ou de medula óssea e mais frequentemente a infecção respiratória. Não existe tratamento definitivo e o prognóstico pode ser reservado em alguns casos. O Metapneumovirus humano (hMPV) foi identificado recentemente como causa importante de infecção pulmonar na idade pediátrica. A gravidade do quadro respiratório é variável e as consequências a longo prazo ainda pouco claras. **Caso clínico:** Os autores apresentam o caso de uma lactente de sete meses de idade, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, internada por dificuldade respiratória grave no contexto de bronquiolite aguda diagnosticada no ambulatório e complicada com pneumonia. O exame virológico das secreções brônquicas foi positivo apenas para o hMPV. A doente teve alta medicada com corticoterapia inalada e a realizar cinesioterapia respiratória. No seguimento verificou-se persistência das queixas respiratórias tais como tosse e pieira e de crepitações bilaterais na auscultação pulmonar. Realizou TAC torácica que revelou "bronquiectasias de tração" bilateralmente e cintilograma pulmonar de ventilação/perfusão que mostrou defeitos segmentares bilaterais da coincidência ventilação/perfusão. Actualmente (dezoito meses após o internamento) está assintomática, mantendo no entanto alterações na auscultação pulmonar no hemitórax esquerdo. Realiza aerossoloterapia apenas em SOS. **Conclusão:** Apesar de não provocar sequelas pulmonares na maioria dos casos, a infecção por hMPV pode associar-se ao desenvolvimento de sibilância recorrente em lactentes e asma mais tarde. Neste caso clínico, o aparecimento de quadro compatível com BO após bronquiolite por hMPV pode representar uma consequência grave e ainda desconhecida da infecção por este agente.

Palavras-chave: Bronquiolite obliterante, Metapneumovirus humano

PD327- Revisão dos casos de tuberculose durante 5 anos num Serviço de Pediatria

Sofia Martins¹, José Fraga², Margarida Costa², Miguel Fonte², Marisa Carvalho², António Pereira², Cristina Candido², Ana Fernandes²

1-Hospital de São João, 2-Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro

Introdução: A tuberculose continua a ser um importante problema de Saúde Pública em Portugal. As suas manifestações clínicas em idade pediátrica são inespecíficas, o que condiciona aspectos particulares na orientação diagnóstica, profilaxia e tratamento. Os autores pretendem avaliar as características epidemiológicas e clínicas da tuberculose nos doentes internados no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD). **Métodos:** Efectuado um estudo retrospectivo através da consulta dos processos clínicos dos doentes internados com idade inferior a 16 anos no Serviço de Pediatria do CHTMAD no período entre 1 de Julho de 2003 e 30 de Junho de 2008. Foram analisados os seguintes parâmetros: sexo, idade, fonte de contágio, residência, data de diagnóstico, motivos de internamento, apresentação clínica, alterações analíticas e radiológicas, prova de Mantoux, isolamento do Mycobacterium tuberculosis, terapêutica efectuada e evolução clínica. **Resultados:** Estudados 12 doentes com idade entre 1 e 15 anos (média de 9,8 anos), sendo 75% do sexo feminino. Tinham história de contacto com tuberculose 50% dos casos. No período do estudo, ocorreu 1 caso em 2003, 1 em 2004, 2 em 2006, 5 em 2007 e 3 em 2008. Os motivos de internamento foram: contacto com tuberculose pulmonar e Mantoux positiva em 41,7% dos doentes, pneumonia com derrame em 33,3%; adenopatias em 16,7% e eritema nodoso em 8,3%. Dos doentes internados 33,3% apresentavam tuberculose infecção; 33,3% pneumonia tuberculosa com derrame; 25% tuberculose pulmonar e 8,3% tuberculose ganglionar. VS e/ou ADA aumentadas em 50% dos casos. A prova de Mantoux foi positiva em todos os doentes. As principais alterações na radiografia de tórax foram: imagem hipotransparente em 50% dos doentes (dos quais 33,3% com imagem de derrame pleural), adenopatias hilares em 16,7% e infiltrado intersticial em 16,7%. Isolado M. tuberculosis em 58,3% dos casos, sendo 57,1% resistentes à isoniazida, todos provenientes da mesma área de residência. Efectuada terapêutica inicial tripla em 58,3% dos doentes e quadrupla em 41,7%. Verificou-se um caso de hepatite na sequência da terapêutica tuberculostática. **Conclusão:** Os autores salientam a ocorrência de um maior número de casos de tuberculose em idade pediátrica nos últimos anos, sendo essencial o diagnóstico atempado para a profilaxia e terapêutica da tuberculose infecção, no sentido de prevenir manifestações mais graves da doença ou a sua transmissão.

Palavras-chave: Tuberculose, Mycobacterium tuberculosis.

PD328- Síndrome de Hipoventilação Central Congénita – um pacemaker e uma mutação diferente

Inês Vicente, Joana Miguéis, Teresa Silva, Miguel Félix, Maria Helena Estevão

Centro Hospitalar de Coimbra - Hospital Pediátrico

Introdução: O Síndrome de Hipoventilação Central Congénita (SHCC) é uma patologia rara, diagnosticada habitualmente no período neonatal e caracterizada por hipoventilação mais acentuada durante o sono. Resulta de uma disfunção/desregulação do Sistema Nervoso Autónomo, com diminuição da sensibilidade à hipercápnia e hipoxémia, e pode manifestar-se também por alteração do ritmo cardíaco, da temperatura corporal, reflexo pupilar e distmotilidade do aparelho digestivo. Trata-se de um distúrbio autossómico dominante, com recente caracterização genética. Cerca de 90% das crianças afectadas são heterozigóticas de novo para a mutação do gene PHOX2B, à custa de aumento do número de repetições de alanina (mais frequentemente +5 a +13) na sequência de 20 polialaninas. Em 5% dos casos, um dos progenitores é heterozigótico para a mutação (mosaicismo somático). Estudos recentes sugerem que o número de repetições de polialanina está directamente relacionado com a gravidade do fenótipo. **Caso Clínico:** Criança do sexo feminino, actualmente com 9 anos de idade, que mantém suporte ventilatório desde o nascimento por ter apresentado um quadro de apneias desde a primeira hora de vida. A hipótese diagnóstica de SHCC foi confirmada por estudo poligráfico do sono aos 3 meses de idade, altura em que iniciou ventilação não invasiva. Aos 3 anos de idade foi colocado um pacemaker cardíaco por terem sido identificadas, por Holter, várias pausas sinusais (assintomáticas), com duração máxima de 4800 ms. O estudo genético realizado aos 7 anos evidenciou homozigotia para mutação do gene PHOX2B, com expansão de +4 alaninas. Ambos os progenitores, não consanguíneos e assintomáticos, são heterozigóticos para a mutação. **Discussão** - Este caso destaca-se por várias particularidades: 1) - os pais são portadores de uma mutação que se comporta

como um alelo recessivo, o que explica a homozigotia da criança; 2) - a mutação em causa cursa com um aumento de +4 alaninas, número invulgarmente reduzido por alelo; 3) - contrariamente ao expectável, a clínica cardíaca é grave (pausa muito prolongada). O caso clínico apresentado constitui a 1ª descrição conhecida de associação de uma grave perturbação do ritmo cardíaco com um número reduzido (<5) de repetições de alaninas.

Palavras-chave: Hipoventilação, Congénita, Mutação, Gene-PHOX2.

PD329- Ventilação Domiciliária em Pediatria

Catarina Ferraz, Inês Azevedo, Luísa Guedes Vaz, Teresa Nunes
Hospital de São João

Introdução: Em Portugal existem poucos dados sobre a utilização da ventilação domiciliária na criança. Tal como no resto do mundo, tem havido um aumento exponencial nos últimos anos, não só pelo acréscimo do número de crianças ventiladas, como também pela maior variedade de patologias em que esta técnica tem sido usada. Os autores apresentam a sua experiência institucional, de modo a contribuir para uma melhor orientação e prestação de cuidados domiciliários no futuro. **Material e Métodos:** Procedeu-se à revisão de processos clínicos e caracterização dos doentes em ventilação domiciliária nos últimos 5 anos. **Resultados:** Dos 42 doentes ventilados no domicílio, com idade média actual de $9,7 \pm 5,3$ anos, 27 (63%) são do sexo masculino. Neste período de tempo, 6 doentes suspenderam ventilação (3 falecidos). Os diagnósticos predominantes foram Doenças Metabólicas, Doenças Neuromusculares, Encefalopatia Hipoxico-Isquémica, Síndrome de Di George, Hérnia Diafragmática com Hipoplasia Pulmonar e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. Vinte e um (50%) encontram-se no grau 2 (ventilação assistida nocturna), 9 (21%) no grau 3 (ventilação assistida nocturna e por períodos diurnos) e os restantes 12 (29%) na classe 4 (ventilação contínua), 37% dos quais em modo invasivo. **Conclusão:** Como a revisão foi baseada na memória dos cuidadores, dado não existir codificação nosológica específica nem base de dados oficial, observamos uma percentagem excessiva de doentes com patologia complexa em ventilação contínua, comparativamente a outras séries. É neste grupo que os problemas éticos, bem como os relacionados com a monitorização e organização do apoio domiciliário, se tornam mais prementes. A falta de suporte científico baseada na evidência em determinadas patologias, bem como a ausência de legislação nacional sobre interrupção de cuidados em situações limite, levanta problemas éticos na decisão de iniciar ou interromper ventilação. Nalguns casos a melhoria da qualidade de vida dos doentes e/ou cuidadores foi a principal razão para ventilação. Torna-se fundamental promover a discussão destas questões no sentido de uniformizar as atitudes a nível nacional.

Palavras-chave: Ventilação, domicílio, legislação, ética

PD330- Exposição ao Fumo do Tabaco (EFT) e sintomas respiratórios em crianças em idade escolar

Carolina Constant¹, Isabel Sampaio², Filipa Negreiro³, Pedro Aguiar³, Ana Margarida Silva⁴, Marisa Salgueiro⁴, Teresa Bandeira⁴
1-Hospital de Santa Maria, 2-Departamento da Criança e da Família; Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria, 3-Departamento de Estatística; Eurotrials – Consultores Científicos, S.A., 4-Núcleo de Estudos da Função Respiratória, Sono e Ventilação do Departamento da Criança e da Família; Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria

A exposição ao fumo do tabaco (EFT) é o principal factor de risco para Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e um problema de saúde pública. Na criança, a EFT pré e/ou pós-natal determina redução precoce da função respiratória e morbidade respiratória, dependendo da dose. **Objectivo:** determinar associação entre EFT e sintomas respiratórios (tosse, farfalheira e pieira), infecções respiratórias (otite média aguda e infecção respiratória baixa) e Asma, em idade escolar. **Métodos:** o estudo avaliou crianças (n=313; 52,1% rapazes) distribuídas em 2 grupos: 54,3% do 1º ano e as restantes do 4º ano (n=143). Aplicou-se um questionário de patologia respiratória em Português, adaptado do questionário da American Thoracic Society auto-preenchido pelos pais. Considerou-se EFT: a existência de mãe fumadora na gravidez (EFT na gravidez); mãe/pai fumadores/ex-fumadores após gravidez (mãe/pai fumadores); ou conviventes intra-domiciliários fumadores. Efectuou-se análise descritiva e bivariada entre variáveis com maior interesse para o estudo e análise de regressão logística múltipla para as variáveis relativas aos sintomas habituais, ajustada para as variáveis com significado clínico/estatístico na análise bivariada. **Resultados:** Em 40,1% dos casos a criança convivia com fumadores no domicílio, em 18,3% verificou-se EFT na gravidez, em 31,7%

mãe fumadora e em 37,5% pai fumador. Sintomatologia respiratória e infecções respiratórias foram mais frequentes nas crianças com EFT. Tosse foi mais frequente nas crianças com mãe fumadora (28,9% vs 16,5%; OR ajustado=2,1), farfalheira mais frequente nas crianças com pai fumador (30,6% vs 18,3%) e fumadores no domicílio (29,8% vs 19,8%), pieira mais frequente nas crianças com EFT gravidez (50,9% vs 31,3%) e com mãe/pai fumadores (49% vs 27,5%/45% vs 28,2%), mostrando todas significado estatístico (p<0,05). Relativamente à Asma não se verificou associação com EFT. **Conclusão:** A EFT é frequente em crianças em idade escolar na região de Lisboa e relaciona-se de forma significativa com o aumento de sintomas respiratórios, mas não com infecções ou prevalência de Asma. Embora estes dados não sejam extrapoláveis para a população portuguesa eles são semelhantes a dados publicados em outros países. O facto de não ter sido encontrado aumento da prevalência de Asma referido em outros estudos leva-nos a especular que este diagnóstico esteja subestimado na população pediátrica em Portugal.

Palavras-chave: Tabagismo materno, sintomas respiratórios, pieira, crianças.

PD331- Estarão as pneumonias agudas adquiridas na comunidade (PAC) com internamento hospitalar diferentes em idade pediátrica?

Cláudia Calado¹, Pedro Nunes², Luísa Pereira³, Teresa Nunes³, Celeste Barreto³, Teresa Bandeira³

1-Hospital Central de Faro, 2-Hospital Fernando da Fonseca, 3-Hospital Santa Maria, CHLN,

Introdução a Pac: mantém-se causa importante de morbidade no grupo pediátrico, com contribuição significativa para o número total de internamentos hospitalares, em particular numa unidade de Pneumologia Pediátrica. Propusemo-nos rever casos de PAC internada na actualidade, e comparar com revisão prévia a 2000 efectuada na mesma Unidade. **Métodologia:** Estudo retrospectivo transversal dos processos de crianças internadas entre Outubro 2007 e Março 2008 com o diagnóstico de PAC. Compararam-se frequência de internamento, características clínicas, complicações, isolamento de agente e terapêuticas efectuadas com a casuística anterior. **Resultados:** Em 6 meses foram internadas 63 crianças, com idade média $2,3 \pm 2,9$ anos (1 mês–12 anos), 30 (47,6%) do sexo masculino. 8 (12,7%) tinham antecedentes de doença pulmonar (sibilância, asma, bronquiectasias) e 2 (3,2%) de imunodeficiência. Todos os casos apresentaram febre (duração $5,1 \pm 5,0$ dias) e 63,5% dificuldade respiratória. A radiografia evidenciou condensação em 58 (92,1%) casos, necrotização em 1 (1,6%) e derrame pleural em 17 (27,0%). 65,1% apresentava leucócitos >15000 (média $24623,1 \pm 7958,2$), sendo o valor médio de Proteína C Reactiva $19,3 \pm 16,7$ mg/dL (em 70,5% >5mg/dL). Isolou-se agente em 5 (7,9%) casos: no líquido pleural *Streptococcus pyogenes* (2), e em hemocultura *Haemophilus influenzae* (1) e *Streptococcus pneumoniae* (2). O tempo médio de internamento foi $6,7 \pm 5,6$ dias. Em 61 (96,8%) crianças foi prescrita antibióticoterapia (AB), das quais em 47 (77,0%) ampicilina, com duração $6,4 \pm 4,3$ dias ($5,9 \pm 4,7$ dias por via endovenosa (ev)). 51 (80,9%) crianças não efectuaram AB prévia à admissão. 42,9% necessitou oxigenoterapia e 3,2% ventilação mecânica. Na presença de derrame pleural, a duração da febre foi $9,2 \pm 6,2$ dias, do internamento $13,0 \pm 6,9$ dias e de AB ev $12,0 \pm 4,1$ dias. Dos 11 casos de empiema, em 72,7% foi colocado dreno, em 45,4% efectuado desbridamento cirúrgico e em 18,2% instilados fibrinolíticos. Comparativamente à revisão anterior, verificou-se na presente série maior número de casos, menor percentagem de crianças medicadas previamente à admissão, maior utilização de ampicilina, maior percentagem de isolamento bacteriano e tendência para maior gravidade dos casos. **Conclusão:** A tendência para maior gravidade dos casos internados, a prescrição de AB e as atitudes de manipulação pleural estão de acordo com a descrição actual no Mundo Ocidental. Os casos mais graves ocorreram na infecção por *Streptococcus pyogenes*.

Palavras-chave: Pneumonia, internamento.

PD332- Fibrose Quística – A nossa experiência

Ana Catarina Faro¹, Glória Silva¹, Ana Ramalho¹, Juan Gonçalves¹, Celeste Barreto², Margarida Amaral³, Carlos Pereira Duarte¹

1- Hospital do Divino Espírito Santo, 2- Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, 3- Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

Introdução: A fibrose quística é a doença autossómica recessiva mais frequente na raça caucasiana. A mutação F508del é a mais frequente, no entanto até ao momento já foram identificadas mais de 1500 mutações, a grande maioria consideradas raras e de efeitos imprevisíveis. **Objectivo:** Caracterizar os doentes seguidos em Consulta de Fibrose Quística do nosso hospi-

tal. **Material e Métodos:** Estudo descritivo observacional, em que se procedeu à avaliação da idade, sexo, sintomas e idade na altura do diagnóstico, genótipo, prova de suor, estado nutricional, função respiratória, agentes isolados nas secreções respiratórias e função pancreática. Foram revistos os processos dos doentes seguidos na Consulta de Fibrose Quística do nosso Hospital, com protocolo de colaboração com o Centro Especializado de Fibrose Quística do HSM. **Resultados:** São actualmente seguidos doze doentes. A média de idades é de 7,7 (\pm 4,1) anos, metade do sexo masculino. A mediana da idade de diagnóstico foi de 10 semanas. As apresentações clínicas foram: ileus meconial (5), má progressão ponderal (4) e sintomatologia respiratória (7). O genótipo mais frequente é a homozigotia para a F508del (75,0%); em dois doentes identificou-se, em heterozigotia, a mutação 120del23, previamente desconhecida. Os valores das provas de suor foram entre 70 e 122 mEq/L (NaCl). Oito crianças apresentam evolução ponderal acima do percentil 10; uma das crianças, de 13 meses, apresenta má progressão estaturoponderal. Nas provas de função respiratória, realizadas a oito doentes, verifica-se num caso marcada diminuição do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEMS) e da capacidade vital forçada (CVF). Existe suficiência pancreática em apenas um caso e não há nenhum de Diabetes. Os agentes mais frequentemente isolados são: *Staphylococcus aureus* (em todos), *Haemophilus influenza* (11), *Pseudomonas aeruginosa* (8), *Serratia marcescens* (7) e *Burkholderia cepacia* (2). **Discussão:** A fibrose quística condiciona elevada morbidade, sendo que o diagnóstico precoce e o seguimento especializado têm um papel fundamental no prognóstico da doença. A gravidade da doença é dependente de outros genes, mas também de factores ambientais e socioeconómicos. No nosso grupo de doentes o diagnóstico foi precoce, em 41,7% por ileus meconial (valor superior ao normalmente referido). A caracterização funcional das mutações é importante, tendo a mutação 120del23 sido recentemente caracterizada.

Palavras-chave: Fibrose quística, mutação, genótipo.

PD333- Sequência de Pierre-Robin: Interesse da Ventilação Não Invasiva (VNI) com nCPAP (nasal continuous positive airway pressure)

Inês Pires do Carmo Passão Girbal, Teresa Nunes, Rosário Ferreira, Luísa Pereira, Teresa Bandeira
Hospital de Santa Maria

Introdução: A sequência de Pierre Robin (SPR) constituída por retro/micrognatismo, ptose língual e fenda palatina causa obstrução grave da via aérea com risco de sufocação, pelo que medidas de desobstrução são prioritárias e determinantes nos primeiros meses de vida. Descrevem-se 2 casos clínicos em que foi instituída com sucesso VNI como forma transitória de ultrapassar a obstrução da via aérea em conjunto com intervenção multidisciplinar. **Caso 1-** Sexo feminino, diagnóstico de SPR à nascença sem outras malformações associadas. Ventilada de forma invasiva por pneumonias de aspiração nos 2 primeiros meses de vida a que se seguiram propostas de controlo da obstrução alta com posicionamento em pronação, ortótese de silicone, tubo nasofaríngeo (TNF) e colocada hipótese de traqueostomia. Em alternativa adaptada a nCPAP com progressiva estabilização e resolução da apneia obstrutiva. Efectuou terapia da fala, posicionamento prandial e estimulação da deglutição, terapêutica para refluxogastroesofágico (RGE). Alta aos 6 meses, estável com alimentação parcial por sonda nasogástrica (SNG) e boa progressão ponderal. Ao ano de idade retirou SNG e aos 20 meses suspendeu nCPAP por melhoria. Veloplastia em dois tempos (último aos 2 anos sem complicações); avaliação posterior com estudo do sono sem eventos. Actualmente com 4 anos, frequente infantilismo, sem retrognatismo e com boa progressão ponderal. **Caso 2-** Sexo masculino, diagnóstico pré-natal ecográfico às 28 sem. sugestiva de SPR, confirmado ao nascer. Necessidade imediata de ventilação invasiva que manteve até ao 6º dia após o que colocou TNF e posição em pronação. Iniciou nCPAP com adaptação progressiva e terapia da fala com estimulação da deglutição. Alta aos 2 meses estável com CPAP durante o sono. Boa progressão ponderal com alimentação parcial por SNG. Tem apoio domiciliário para reforço dos ensinamentos e vigilância clínica e plano de veloplastia no 2º ano de vida. **Conclusão:** A intervenção multidisciplinar é fundamental e tem sido valorizada na SPR. A atitude conservadora com recurso à VNI para estabilização respiratória na SPR, tal como descrito noutros centros, permitiu otimizar os resultados e efectuar a transição para o domicílio em ambos os casos. Nestes, a evicção de abordagem cirúrgica precoce permitiu esperar por evolução anatómica favorável, com crescimento mandibular e maior controlo muscular, evitando co-morbilidades subjacentes.

Palavras-chave: Sequência Pierre Robin

PD334- Astenia, emagrecimento e padrão miliar: nem sempre o que parece é

Sofia Águeda, Rita Jorge, Susana Soares, Carla Rego, Helena Barroca, M^ª José Centeno, Ana Maia, Inês Azevedo
Hospital São João, E.P.E. - Porto

Introdução: Os sintomas constitucionais inespecíficos são um desafio diagnóstico, pela miríade de doenças a eles associados. A sarcoidose, doença granulomatosa multissistémica de etiologia desconhecida, é um diagnóstico raro em idade pediátrica e portanto pouco considerado. A clínica é frustrante e o diagnóstico baseado na elevada suspeição clínica e biópsia conclusiva, com granulomas não caseosos. O prognóstico é geralmente favorável, embora dependente do grau de atingimento sistémico e da idade. **Caso Clínico:** C.S.C.C., sexo feminino, 11 anos de idade, caucasiana, previamente saudável. Internada para estudo de anorexia, astenia, dispneia para médios esforços e perda ponderal de 11%, com 10 meses de evolução e agravamento progressivo. Sem exposição ambiental a agentes patogénicos ou outros potencialmente nocivos. A radiografia de tórax realizada em ambulatório mostrava padrão miliar. Ao exame objectivo apresentava aspecto emagrecido, palidez cutânea e adenomegalias cervicais bilaterais infracentimétricas. Do estudo efectuado destaca-se prova tuberculínica e quantiferação negativos e exames directo, cultural e reacção em cadeia da polimerase (PCR) para B.K. negativos na expectoração e LBA. Sem anemia, V.S. normal, normocalcemia com hipercaleiúria e elevação da ECA (126 U/L). A TC torácica revelou padrão intersticial difuso bilateral, áreas de “vidro despolido” e possíveis adenomegalias mediastínicas. O estudo funcional respiratório mostrou síndrome ventilatório restritivo com diminuição da difusão do monóxido de carbono. O LBA apresentava relação CD4+/CD8+ muito aumentada (21,8). Para confirmação diagnóstica foi efectuada biópsia excisional de adenomegalia cervical, que revelou linfadenopatia granulomatosa necrosante, não caseosa, com Ziehl-Neelsen e PCR para B.K. negativos. Iniciou prednisona oral durante 4 semanas, com desmame gradual, apresentando franca melhoria do estado geral e regressão total da sintomatologia. **Conclusão:** O conhecimento actual a respeito da sarcoidose pediátrica é incompleto, sendo na maioria derivado de estudos em adultos. A real incidência da doença em crianças é incerta e existem divergências na abordagem diagnóstica e indicações terapêuticas. Os autores pretendem com este caso salientar a raridade do diagnóstico nesta faixa etária, dado o quadro clínico mimetizar outras patologias mais prevalentes. A centralização de todos os casos diagnosticados a nível nacional será importante para o melhor conhecimento desta entidade na criança.

Palavras-chave: Padrão miliar, sarcoidose, multissistémica.

PD335- Utilidade da oximetria nocturna no diagnóstico e orientação da síndrome de apneia obstrutiva do sono

Helena Rios, Teresa Silva, Miguel Félix, M^ª Helena Estêvão
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O estudo poligráfico do sono (EPS) é considerado o exame de eleição no diagnóstico da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS), sendo o único exame capaz de excluir distúrbios respiratórios do sono. No entanto, a oximetria nocturna, mais acessível e de fácil execução, tem vindo a ser cada vez mais valorizada no rastreio da SAOS. Quando alterada e associada à história clínica, permite estabelecer o diagnóstico evitando assim a realização de EPS. **Objectivos:** Avaliar a importância da oximetria nocturna no diagnóstico e orientação da SAOS. **Métodos:** Análise retrospectiva (Janeiro 2005 a Junho 2007) das oximetrias realizadas no Laboratório do Sono e Ventilação por suspeita de SAOS. A oximetria foi considerada alterada quando apresentava ≥ 2 dos seguintes critérios: SpO₂ média $\leq 95\%$; ≥ 5 dessaturações por noite (diminuição da SpO₂ de $\geq 3\%$ em relação à SpO₂ média, com duração ≥ 16 segundos); e ≥ 3 quedas por noite $< 90\%$ e/ou $< 85\%$ e/ou $< 80\%$ (estes com diferentes valorizações). **Resultados:** Realizaram-se 79 oximetrias (em média, 3 noites/oximetria) por suspeita clínica de SAOS, correspondentes a 77 crianças com idade média de 5 anos e 10 meses, 69% do sexo masculino. A maioria (94%) das oximetrias foi realizada no domicílio. Oito oximetrias foram excluídas por tempo de registo insuficiente; da análise das restantes (71) foram obtidos os seguintes resultados: 36 estudo normal/inconclusivo para SAOS; 18 SAOS ligeiro; 14 SAOS moderado e 3 SAOS grave. Em 17 crianças foi realizado EPS. Destas, 8 tinham uma oximetria normal/inconclusiva e o EPS revelou síndrome de resistência das vias aéreas superiores (SRVAS) ou SAOS ligeiro em 7 e moderado em 1. Um dos 18 EPS foi inconclusivo numa criança com critérios de SAOS ligeiro na oximetria (Tabela 1). A maioria das crianças (72%) manteve vigilância clínica, 82% das quais apresentavam uma oxime-

tria normal/inconclusiva para SAOS ou SAOS ligeiro. Para a consulta de ORL foram orientadas 43 crianças, tendo 18 sido operadas. Duas crianças (SAOS moderado e grave) iniciaram ventilação não invasiva. **Conclusões:** A utilização de critérios bem definidos para a leitura das oximetrias poderá constituir um auxílio no estabelecimento do diagnóstico e avaliação da gravidade da SAOS, e em função desta definir a orientação terapêutica. Um resultado normal/inconclusivo na oximetria não excluiu patologia do sono. A oximetria nocturna permitiu evitar a realização de EPS num elevado número de crianças e situações.

Palavras-chave: Criança, apneia do sono, oximetria nocturna.

Score oximetria	Estudo Poligráfico do Sono			
	Inconclusivo	SRVAS/SAOS ligeiro	SAOS moderado	SAOS grave
1 (n=36)	-	7	1	-
2 (n=18)	1	1	-	1
3 (n=14)	-	3	1	2
4 (n=3)	-	-	-	1

Tabela I. Relação entre os resultados das oximetrias e de EPS. (Scores de oximetria: (1) Normal/ Inconclusiva para SAOS; (2) SAOS ligeiro; (3) SAOS moderado; (4) SAOS grave).

PD336- A Importância da Avaliação do Estridor

Telma Francisco, Oscar Ortet, Oliveira Santos, Margarida Santos
Hospital Dona Estefânia

Introdução: O estridor traduz uma obstrução das vias aéreas superiores. Cerca de 60-75% dos casos crónicos devem-se a laringomalácia, que habitualmente é auto-limitada. Esta entidade cursa com estridor inspiratório que se agrava com o choro, posição supina ou infecção viral. Quando a apresentação clínica do estridor não é característica, em casos graves ou associados a outros sinais e sintomas é importante investigar. **Objectivo:** Alertar para situações em que é importante fazer uma investigação etiológica do estridor. **Caso Clínico:** Lactente de 37 dias de vida, previamente assintomático, internado por estridor, dificuldade respiratória obstrutiva alta, hipoxémia com SatO₂ 86% e cianose. Apresentava hemangioma da face direita e do lábio inferior. Laboratorial e radiologicamente sem alterações relevantes. Foi internado em cuidados intensivos e realizou terapêutica com adrenalina, salbutamol, metilprednisolona e O₂. A pesquisa de vírus nas secreções respiratórias nas secreções nasofaríngeas foi negativa. Teve alta após 7 dias, com o diagnóstico de laringotraqueobronquite, medicado com deflazacorte, clinicamente estável mas mantendo discreto estridor inspiratório, pelo que foi referenciado para consulta de ORL. Dois dias depois é reinternado por dificuldade respiratória e agravamento do estridor. Nessa altura realizou broncoscopia, que revelou hemangioma subglótico com redução do lúmen de 30% e hemangioma traqueal não obstrutivo. Teve alta medicado com deflazacorte, mantendo estridor inspiratório ligeiro. Posteriormente recorreu várias vezes ao SU por dificuldade respiratória alta, com um novo internamento em cuidados intensivos por insuficiência respiratória aguda e acidose respiratória, com necessidade de ventilação mecânica. Actualmente mantém corticoterapia, sendo acompanhado em consulta de Pneumologia. **Conclusão:** Este caso ilustra a importância da investigação do estridor. A existência de dificuldade respiratória alta grave e hemangioma cutâneo levaram à realização de broncoscopia. Este exame permitiu o conhecimento da etiologia do estridor nesta criança e deu-nos indicações terapêuticas e de prognóstico. A broncoscopia deverá ser sempre também realizada quando ao estridor há outros sintomas associados, tais como dificuldade alimentar, má progressão ponderal ou tiragem mantida durante o sono. Em crianças com menos de 3 meses a laringotraqueobronquite é uma entidade pouco frequente, pelo que o aparecimento de estridor, em geral, é devido a causa congénita.

Palavras-chave: Estridor, broncoscopia, hemangioma.

Área Científica - Reumatologia

PD337-Dores musculoesqueléticas crónicas – Um desafio clínico...

Diana Gonzaga¹, Sofia Ferreira¹, Mariana Pinto¹, Marta Grilo¹, Amélia Bárto², Manuel Salgado³

1-Hospital São Sebastião, 2-Hospital São Sebastião- Consulta de Pediatria/Reumatologia, 3-Hospital Pediátrico de Coimbra- Consulta de Reumatologia Pediátrica

Introdução: A dor músculo-esquelética é uma queixa frequente em Pediatria, representando 20% do motivo de referenciação. Pode ser uma manifestação de doença sistémica (reumatológica ou outra) ou fazer parte dos Síndromes da Dor Amplificada. A cronicidade está associada a morbilidade significativa.

Resumo: Rapariga, actualmente com 12 anos, enviada à consulta de Pediatria do HSS em Agosto/2005 por artralguas simétricas (sempre bilaterais simultaneamente), inicialmente dos tornozelos e posteriormente tornozelos, punhos e coluna lombar com 5-6 anos de evolução, com carácter inflamatório: pior no final do dia, mas de manhã já com dor e rigidez. Agravamento no Inverno. Intolerância ao calor da cama. Cansaço fácil. O exame objectivo não apresentava alterações Considerada a hipótese de patologia reumatológica, realizou estudo analítico e radiológico que foi negativo e cintigrafia osteoarticular que mostrou aumento da vascularização das articulações rádio-carpica e tornozelo direitos Em Novembro/2006, agravamento das artralguas com dor a nível dos pontos das sacroilíacas e da inserção do tendão de Aquiles e tumefacção no punho direito associadas a cefaleias e fadiga, pelo que iniciou Metotrexato (10 mg/m²), que cumpriu durante 6 meses, sem resposta clínica. As crises recorrentes de artralguas, por vezes com noção subjectiva de tumefacção do punho e tornozelo, que surgiam de manhã ou vespertinas, duração de 24/36 horas, sem lesão articular residual, levaram à hipótese diagnóstica de reumatismo palindrómico sendo medicada com Hidroxicloroquina, igualmente sem melhoria. De realçar uma personalidade ansiosa e perfeccionista em relação às tarefas escolares, com perturbação do sono, habitualmente não reparador. Persistência das dores generalizadas que pontuava na escala visual analógica de 5 a 8 e encontrados 8 dos 18 pontos dolorosos considerados no diagnóstico de Fibromialgia e mais de 3 critérios minor. Iniciou apoio psicológico e actividade física orientada. **Conclusão:** O Síndrome Fibromiálgico Juvenil afecta 1 a 6% das crianças em idade escolar, sendo caracterizado por dores difusas em pontos dolorosos específicos com critérios bem definidos (Yunus and Masi Criteria for Childhood Fibromyalgia). Neste caso, tal como descrito na literatura, apresenta-se como diagnóstico de exclusão. O diagnóstico e a intervenção precoces são importantes na melhoria da qualidade de vida destes doentes, sendo importante um envolvimento familiar.

Palavras-chave: Criança, dor músculo-esquelética, fibromialgia

PD338- Uso de Computador na Criança e Síndrome Túnel Cárpico?

Teresa Luísa Velosa
Centro de Saúde de Barcelos

Introdução: Um rapaz de 14 anos recorreu à consulta por sintomas de parestesias de ambas as mãos com um mês e meio de duração. Foi-lhe realizado o teste de Phalen que foi rapidamente positivo bilateralmente e foi solicitada electromiografia dos membros superiores, a qual foi positiva para Síndrome Túnel Cárpico (STC) bilateral. **Apresentação do Caso:** PTPF, 14 anos, sexo masculino, nasceu com 3,950 quilos de peso, 50 cm de comprimento e 38 cm de perímetro cefálico, após uma gravidez sem intercorrências. Foi amamentado ao peito até aos 18 meses de idade e manteve-se sempre acima do percentil 95 para o peso e no percentil 90/95 para a estatura. Sem antecedentes patológicos relevantes (apenas uma gastroenterite ao ano de idade). Sem antecedentes familiares relevantes, para além de um excesso de peso de ambos os pais e de uma asma brônquica na mãe durante a infância. Sem história de traumatismo. Tem como passatempos andar de bicicleta e, desde há cerca de 18 meses, jogar no computador cerca de 2 a 4 horas por dia, utilizando a mão direita no rato e a esquerda no teclado. Apresenta-se na consulta com um quadro de parestesias de ambas as mãos com 1,5 meses de duração. Refere que os sintomas surgem após estar a escrever cerca de 30 minutos, quando anda de bicicleta em terreno irregular e, ao acordar, se no dia anterior jogou muitas horas no computador. Os sintomas remitem ao sacudir as mãos. Apresenta um exame físico normal, à excepção de uma obesidade (IMC = 29), um exame neurológico normal e um teste de Tinel positivo só à esquerda e de Phalen rapidamente positivo bilateralmente. A electromiografia dos membros superiores revela um Síndrome Túnel Cárpico bilateral, de intensidade ligeira à direita e moderada à esquerda. O estudo laboratorial

tem sido normal. **Discussão:** Apesar de ser uma patologia muito pouco frequente na idade pediátrica, a detecção precoce de um STC na criança é de extrema importância face à prevenção de sequelas futuras. O facto do STC, nesta criança, ser bilateral, obriga ao estudo de outras etiologias subjacentes. Este caso revela a necessidade de estarmos atentos à possibilidade de esta patologia poder surgir na infância e, por outro lado, revela a importância dos cuidados antecipatórios, na promoção de estilos de vida saudável, nomeadamente na prevenção do uso excessivo do computador.

Palavras-chave: Criança, túnel cárpico, parestesias.

PD339- Poliartrite Reactiva a Salmonella

Joana Cardoso, Luciana Barbosa, Isabel Carvalho, Lúcia Rodrigues
Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

Introdução: A Artrite Reactiva é uma artrite asséptica que surge habitualmente na sequência de uma infecção gastrointestinal ou genitourinária. Apresenta-se geralmente de forma oligoarticular, afectando sobretudo os membros inferiores. É frequentemente benigna mas a positividade para o HLA B27 pode condicionar a evolução para uma forma prolongada e recorrente. **Caso Clínico:** Criança de 9 anos, com história de diarreia 8 dias antes, observada no Serviço de Urgência (SU) a 25/02 por exantema generalizado associado a incapacidade na marcha por oligoartrite. Sem febre. À admissão no SU apresentava 37,7°C, com rash eritematoso, não pruriginoso, generalizado, com poucas horas de evolução, que poupava as palmas e plantas, associado a dor e limitação da mobilidade dos tornozelos e articulação coxo-femural direita. Analiticamente apresentava leucocitose (17010/uL) com Neutrofilia (76%), VS 60 mm/H e proteína C reactiva (PCR) de 3,56 mg/dL. A hemocultura foi negativa, assim como as serologias para CMV, EBV, Herpes, Mycoplasma pneumoniae e Parvovirus B19. A ecografia da articulação coxo-femural direita não revelou alterações, pelo que teve alta com ibuprofeno em dose anti-inflamatória. Quatro dias depois, verificou-se agravamento clínico pelo que se decidiu o internamento. Realizou ecografia e RMN das articulações coxo-femorais, que revelaram a presença de derrame articular de médio volume à direita. Os autoanticorpos foram negativos e o marcador HLA B27 foi positivo. A Reacção de Widal foi positiva e isolou-se Salmonella enteritidis na coprocultura. Manteve terapêutica anti-inflamatória verificando-se melhoria clínica progressiva. Após a alta, registou-se agravamento clínico, com derrame articular volumoso no joelho direito e subida dos reagentes de fase aguda (VS > 140 mm/H e PCR 10,81 mg/dl). Realizou artrocentese do joelho direito cujo exame cultural foi amicrobiano. Iniciou corticoterapia, com melhoria clínica progressiva. Actualmente mantém derrame articular residual no joelho direito. **Comentários:** A Artrite Reactiva é uma das complicações da Gastroenterite por Salmonella, sendo a apresentação poliarticular pouco comum. O isolamento do agente na coprocultura é

possível em apenas 50% dos casos. Os anti-inflamatórios não esteróides são o tratamento de escolha, contudo, em situações incapacitantes, a utilização de corticóide é fundamental para o controlo da sintomatologia e melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Salmonella, Artrite Reactiva, Poliartrite.

PD340- Eritema em Borboleta

Susana Moleiro, Filipa Belo, Ecaterina Scortenschi, Larguito Claro
Hospital Central de Faro

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença reumatológica rara de etiologia desconhecida. A sua incidência em crianças com idade inferior a 15 anos é de aproximadamente 0,5-0,6 por 100.000 habitantes. É caracterizada por uma desregulação do sistema imunitário, pela presença de auto-anticorpos e formação de imunocomplexos, o que condiciona lesões inflamatórias em vários órgãos-alvo como rins, sistema hematopoietico, sistema nervoso central e pele, entre outros. O diagnóstico faz-se pela combinação dos achados clínicos e analíticos, confirmando a existência de doença sistémica. Os autores apresentam o caso de uma criança de 14 anos, sexo feminino, aparentemente saudável até cerca de um mês antes do internamento, altura em que surgiu um rash cutâneo ao nível das asas do nariz associado a lesões maculo-papulares nos braços, que agravavam com a exposição solar, sem outro tipo de sintomatologia. Por extensão das lesões cutâneas às coxas e início de febre recorreu ao serviço de urgência. Na admissão apresentava eritema em borboleta da região malar associado a exantema maculo-papular da face anterior dos membros superiores, coxas e tronco. A avaliação analítica inicial revelou leucopénia e trombocitopénia, com função renal preservada. A investigação complementar revelou hipocomplementémia e auto-anticorpos negativos, nomeadamente os ANA's. Efectuou biópsia cutânea, que revelou aspectos compatíveis com lúpus eritematoso, ecocardiograma transtorácico e análise de urina das 24 horas que não revelaram alterações. Iniciou terapêutica com imunoglobulina endovenosa e corticóides orais (1 mg/Kg/dia). Durante o internamento teve boa evolução clínica, com melhoria considerável das lesões cutâneas e exames analíticos. Teve alta em D10 medicada com corticóide oral e com indicação para reavaliação em consulta de Reumatologia Pediátrica. Este caso ilustra que a presença de ANA's não é condição sine qua non para o diagnóstico de LES, apesar da sua ausência ser rara. A biópsia cutânea, que não é habitualmente efectuada neste contexto, tem indicação quando existem dúvidas no diagnóstico. Acima de tudo, este caso demonstra a importância do diagnóstico e da instituição de terapêutica dirigida precoce na melhoria do prognóstico a longo prazo desta doença, que no passado era considerada fatal.

Palavras-chave: Eritema em Borboleta.

Acta Pediátrica Portuguesa 2008: 39(5):S77

ERRATA – Página 86, linha 2

Onde se Lê:

PD239- Cefaleias no Serviço de Urgência numa população pediátrica

Teresa Almeida Campos¹ , Conceição Alves² , Manuel Oliveira¹ , Ana Paula Fernandes¹

1- Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães, 2- Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho – Braga

Deve ler-se:

PD239- Cefaleias no Serviço de Urgência numa população pediátrica

Conceição Alves¹, Teresa Almeida Campos², Manuel Oliveira² , Ana Paula Fernandes²

1- Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho – Braga, 2- Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar Alto Ave – Unidade de Guimarães