

ADOLESCENTES E ADOLESCÊNCIA

N Ú M E R O 21

2012

SECÇÃO DE MEDICINA DO ADOLESCENTE - SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA



INDÍCE

PÁG. 3 - EDITORIAL

PÁG. 4 - ADOLESCENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA-
NOVOS DESAFIOS/NOVAS REALIDADES?

PÁG. 7 - REAÇÃO DISTÔNICA A AGUDA DO HALOPERIDOL:
DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

PÁG. 10 - ADOLESCENTES COM DOR TORÁCICA OB-
SERVADOS PELA CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA NO SER-
VIÇO DE URGÊNCIA

PÁG. 13 - CO-INFECÇÃO COM MYCOBACTERIUM
TUBERCULOSIS E VÍRUS INFLUENZA A H1N1- RELAÇÃO
OU COINCIDÊNCIA?

PÁG. 14 - ADOLESCENTE COM TORACALGIA

PÁG. 16 - REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS

- O QUE SABER SOBRE SAÚDE ORAL DE PACIEN-
TES ADOLESCENTES?

- PREFERÊNCIAS MUSICAIS E CULTURAS JUVENIS
E A SUA RELAÇÃO COM O CONSUMO DE SUBS-
TÂNCIAS NA ADOLESCÊNCIA

PÁG. 18 - PRÓXIMOS CURSOS, ENCONTROS E CON-
GRESSOS

EDITORIAL

Olá a todos!

É assim que invariavelmente começam as conversas entre os vários elementos da Secção de Medicina do Adolescente (SMA) e é assim também que vou começar a apresentação deste Boletim. Ou melhor:

Olá a todos os que se empenham na Medicina do Adolescente!

É para mim uma honra escrever o Editorial do 1º número de 2012 do "Adolescentes e Adolescência". Faço parte do grupo de Pediatras que fizeram a sua formação numa altura em que nos Serviços de pediatria eram observadas crianças até aos 12 anos de idade. Há alguns anos atrás comecei a ter "um bichinho" que me chamava para aprofundar o conhecimento sobre os adolescentes. Ainda me lembro do 2º Congresso de Medicina do Adolescente em Viseu, 2004 e da 2ª Escola de Outono em 2007, na Curia. A verdade é que os conhecimentos que ia adquirindo em cada um dos eventos relativamente à abordagem do adolescente se mostravam úteis logo de imediato, na consulta, no internamento, no serviço de urgência. É por isso que faço um apelo aos que ainda não frequentaram a Escola de Outono ou que ainda não estiveram no Congresso de Medicina do Adolescente:

Participem, vale a pena!

A 6ª Escola de Outono da SMA decorreu em Sesimbra, no mês de Outubro. Com o sussurro do mar, renovou-se uma vez mais o conceito de escola. Foi tempo de formação e de partilha. As Escolas de Outono são encontros onde para além de se apreenderem as bases de abordagem do adolescente se aproveita para partilhar experiências, fazer novas amizades e rever velhos amigos.

Está à porta o VI Congresso de Medicina do Adolescente. Vai-se realizar na próxima primavera, nos dias 16,17 e 18 de Maio e terá lugar na Quinta das Lágrimas em Coimbra. O lema do evento será "Estratégias em Saúde com Adolescentes" e contará com a participação de jovens do Ensino Secundário.

Do programa fazem parte temas de interesse geral como: Consumos, Gravidez, Violência, Prevenção de acidentes e Doença Mental.

Temos grande expectativa em relação à mesa do "Panorama Nacional de Estratégias em Saúde com Adolescentes". Em tempos de mudança e contenção o que poderemos oferecer aos nossos jovens? Vamos também ter oportunidade de conhecer melhor a realidade espanhola, pois vai estar connosco o Dr. German Castellano, presidente da SEMA (Sociedade Espanhola de Medicina do Adolescente).

Resta-me desejar que continuemos afincadamente a trabalhar para a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos nossos jovens.

Um bom ano,

Maria Manuel Flores

ADOLESCENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - NOVOS DESAFIOS/NOVAS REALIDADES?

Resumo:

O alargamento da idade de atendimento no Serviço de Urgência de Pediatria (SU) coloca novos desafios ao pediatra. No Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro existem duas realidades diferentes de admissão no SU de Pediatria: na Unidade de Vila Real a admissão é sujeita a referência prévia ou autorizada pelo pediatra e na Unidade de Chaves a admissão é directa. Objectivos: analisar o recurso à urgência referenciada e directa pelos adolescentes (dos 10 aos 17 anos e 364 dias) e as causas que o motivam. Material e métodos: análise retrospectiva dos registos dos episódios de urgência de adolescentes observados no SU das Unidades de Vila Real e Chaves no mês de Janeiro de

2011. Resultados: registaram-se na Unidade de Vila Real 230 episódios de urgência e 361 na Unidade de Chaves, sendo que a maioria dos doentes se encontrava na fase inicial da adolescência. A maioria dos episódios teve origem no exterior e na Unidade de Chaves foi atribuída cor verde a aproximadamente 55% destes. Os principais motivos de recurso ao SU foram comuns às duas unidades, com domínio das queixas de febre, sintomas otorrinolaringológicos, gastrointestinais e respiratórios. Na alta, os diagnósticos mais frequentes foram de patologia infecciosa. A maioria dos doentes observados em ambas as unidades teve alta para o domicílio. Comentários: a análise dos motivos de recurso à urgência pode ajudar a melhor responder às necessidades colocadas pelos adolescentes e a melhor gerir recursos de saúde.

Introdução:

Os adolescentes são, de forma geral, saudáveis. No entanto, as especificidades do seu desenvolvimento, associadas a morbilidade e necessidades próprias, colocam novos desafios ao Pediatra que trabalha no Serviço de Urgência (SU), onde frequentemente recorrem quando surge uma percepção de alteração do seu estado de saúde.

No Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) existem duas unidades com SU de Pediatria: a unidade de Vila Real abrange aproximadamente dois terços da população pediátrica e a Unidade de Chaves presta cuidados ao terço restante. Nestas unidades existem realidades diferentes de admissão no SU de Pediatria: na Unidade de Vila Real a admissão é sujeita a referência prévia ou autorizada pelo pediatra e na Unidade de Chaves a urgência é de admissão directa. Assim, na Unidade de Chaves é aplicada Triagem de Manchester e atribuída uma prioridade de observação em cada caso.

Objectivos:

Analisar o recurso ao SU pelos adolescentes (dos 10 aos 17 anos e 364 dias) e identificar e caracterizar as causas que o motivam. Analisar e comparar as características e resultados de uma urgência referenciada e de uma urgência de admissão directa.

Material e métodos:

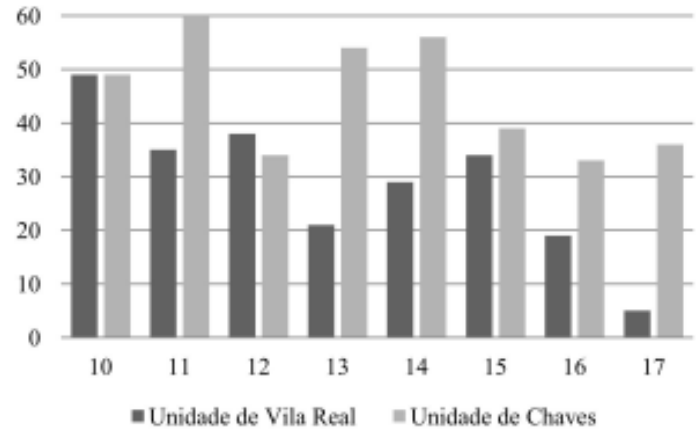
Análise retrospectiva dos registos informáticos e em papel dos episódios de urgência de adolescentes observados no Serviço de Urgência de Pediatria da Unidade de Vila Real e da Unidade de Chaves no mês de Janeiro de 2011.

Resultados:

No período analisado registaram-se na Unidade de Vila Real 230 episódios de urgência no grupo etário estudado, com 10% de readmissões. Na Unidade de Chaves registaram-se 361 episódios de urgência e 17.5% readmissões. Na Unidade de Vila Real 60% dos doentes observados eram do sexo masculino e em Chaves predominou o sexo feminino (55%).

Nas duas unidades a faixa etária predominante foi dos 10 aos 13 anos (figura 1). Na unidade de Vila Real, aproximadamente 68% dos episódios tiveram origem no exterior, 27% foram referenciados dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), 3% transferidos de outras instituições e 2% orientados por equipas de emergência. Na Unidade de Chaves aproximadamente 99% dos doentes recorreram ao SU sem referência prévia, sendo que os restantes foram encaminhados dos CSP ou trazidos por equipas de emergência (0,8% e 0,2% respectivamente). Nesta última unidade é aplicada Triagem de Manchester a todos os adolescentes admitidos, tendo sido atribuída cor verde a 54,8% dos casos, amarela a 31,3%, laranja a 11,4%, vermelha a 0,3% e branco/azul

Figura 1- Idade (nº doentes/ grupo etário)



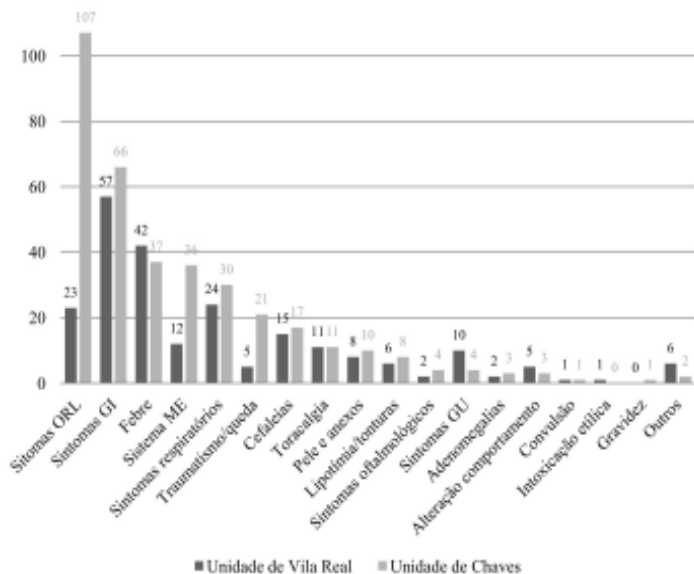
a 2,2%.

Os principais motivos de recurso ao SU foram semelhantes nas duas unidades, com predomínio das queixas de febre, sintomas otorrinolaringológicos, gastro-intestinais e respiratórios (figura 2).

Foram realizados exames complementares de diagnóstico em 47% dos casos na Unidade de Vila Real e em 26,3% na Unidade de Chaves.

Na alta, os diagnósticos mais frequentes foram de patologia infecciosa nas duas unidades: 53% dos casos observados na Unidade de Vila Real e 62% dos doentes observados na Unidade de Chaves. Verificou-se um predomínio de viroses, infecções otorrinolaringológicas, respiratórias e gastro-intestinais. Entre a patologia não infecciosa, verificou-se sobretudo doença do siste-

Figura 2- Motivos de recurso ao SU (nº casos/ sistema)



ma gastro-intestinal e musculo-esquelético, incluindo-se neste último grupo as quedas e traumatismos. É de referir ainda uma admissão por intoxicação alcoólica na Unidade de Vila Real e uma por gravidez em adolescente de 17 anos na Unidade de Chaves.

Na alta, a maioria dos doentes observados em ambas as unidades teve alta para o domicílio (84,3% na Unidade de Vila Real e 92,2% na Unidade de Chaves). Em Vila Real, 8,3% dos doentes foram orientados para a consulta externa, 4,3% foram orientados para observação por outra especialidade e 3% ficaram internados

em Unidade de Internamento de Curta Duração. Na Unidade de Chaves, foi pedida colaboração por outras especialidades em 5% dos doentes observados, 1,9% foram internados, 0,6% orientados a consulta externa e um caso abandonou o SU.

Comentários:

Considerando que a Unidade de Chaves é responsável pela prestação de cuidados de saúde a um terço dos adolescentes da área de influência do CHTMAD, verificou-se comparativamente um número de episódios de urgência significativamente superior, o que traduz os diferentes tipos de admissão nas duas unidades. Ainda assim, a maioria dos adolescentes recorre ao SU sem referência, qualquer que seja a forma de admissão pré-estabelecida. No entanto, a ausência de utilização dos CSP torna-se mais evidente na Unidade de Chaves.

Quando aplicado método de triagem, verifica-se que a maioria dos motivos que levam ao recurso ao SU traduz-se em episódios com baixa prioridade de observação.

A grande percentagem de adolescentes na fase precoce da adolescência justifica os diagnósticos encontrados e a orientação seguida parece reflectir a baixa mortalidade e morbilidade associadas à patologia observada. Doenças que poderiam ser adequadamente avaliadas e orientadas nos Cuidados Primários, transformam-se assim em falsas urgências, consumindo recursos de saúde.

Algumas patologias encontradas realçam a necessidade de formação do pediatra na área da Medicina do Adolescente, nomeadamente aquelas que podem estar associadas a comportamentos de risco.

As observações efectuadas no serviço de urgência não são adequadas para oferecer ensinamentos de medicina preventiva nem

aconselhamento. No entanto, não devemos deixar de aproveitar a oportunidade para detectar eventuais situações com necessidade de vigilância e orientação, dado que a urgência é muitas vezes o único local de contacto dos adolescentes com os serviços de saúde.

A análise dos motivos de recorrência à urgência pode ajudar a adaptar os cuidados de saúde para melhor responder às necessidades colocadas pelos adolescentes e a melhor gerir os recursos de saúde.

Palavras-chave: adolescentes, urgência referenciada, urgência admissão directa.

Bibliografia:

Grove D D, Lazebnik R, Petrack E M. Urban emergency department utilization by adolescents. *Clinical Pediatric*; August 2000; 39,8.

Wilson K M, Klein J D. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, Apr 2000; vol 154.

Ziv A, Boulet J R, Slap G B. Utilization of physicians offices by adolescents in the United States. *Pediatrics*, 1999; vol 104, No 1, p 35-42.

Lehmann C U, Barr J, Kelly P J. Emergency department utilization by adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 1994, vol 15, issue 6, p 485-490.

Joana Cotrim, Joana Carvalho, Miguel Cunha, Nilza Ferreira

Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto

Douro

REAÇÃO DISTÓNICA AGUDA AO HALOPERIDOL: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Resumo

A administração de haloperidol ou outro fármaco bloqueador da dopamina pode associar-se a reação distónica aguda, caracterizada por contrações musculares intermitentes ou sustentadas. Os autores apresentam o caso de um adolescente admitido no serviço de urgência por quadro distónico agudo com hiperextensão do pescoço e movimentos oculares involuntários cerca de 24 horas após a administração de haloperidol e.v., também no serviço de urgência, por agitação psicomotora. Os autores sublinham a importância do reconhecimento deste efeito lateral tardio por parte dos clínicos que prescrevam tal medicação e realçam a eficácia do tratamento indicado.

Palavras chave: haloperidol; reação distónica aguda; efeito lateral

Introdução:

O uso de fármacos anti-psicóticos ou outros agentes bloqueadores da dopamina pode associar-se a episódio de distonia que ocorre habitualmente após a sua administração e é caracterizada por contrações musculares involuntárias intermitentes ou sustentadas.

Trata-se de um distúrbio do movimento provocado por ação destes fármacos nas vias extra-piramidais mas cuja patofisiologia não é completamente compreendida (1).

Apesar de familiarizados com a ocorrência desta reação no contexto da administração de metoclopramida, os pediatras nem sempre estão consciencializados para a possível relação com

outros fármacos, como o haloperidol, cujo uso em contexto pediátrico se tem tornado mais frequente, pelo que se considera pertinente a descrição deste caso.

Descreve-se o caso de um adolescente de 16 anos que apresentou quadro clínico de distonia aguda cerca de 24 horas após administração de haloperidol por agitação psicomotora em contexto de intoxicação aguda alcoólica e por canabinoides.

Caso clínico:

Adolescente, sexo masculino, 16 anos, previamente saudável transportado ao serviço de urgência (SU) por quadro de alteração do estado de consciência associado à ingestão voluntária de quantidade não especificada de bebidas alcoólicas (whisky e vodka) e à inalação de haxixe. Era negada a ocorrência de traumatismo crânio-encefálico. À admissão o adolescente apresentava-se em ventilação espontânea, hemodinamicamente estável, com escala de coma de Glasgow de 9 e com glicemia capilar de 117 mg/dL.

Foi iniciada fluidoterapia com adição de tiamina e decidido realizar-se lavagem gástrica dado a ingestão ter ocorrido uma hora antes da admissão.

Analicamente apresentava ligeira acidose metabólica (pH: 7,29; HCO₃⁻: 25,5mmol/L) e o restante estudo analítico não apresentava alterações. A pesquisa de drogas de abuso na urina foi positiva para tetrahydrocannabinol e negativa para as restantes drogas pesquisadas.

Foi decidido o internamento para vigilância clínica tendo desenvolvido acentuada agitação psicomotora controlada com a administração endovenosa de diazepam (10mg) e posteriormente haloperidol (5mg).

O adolescente teve alta clínica, já assintomático, cerca de 12 horas após a admissão.

Cerca de 24h após a alta o adolescente recorre novamente ao SU após episódio de desvio tónico ocular com olhar fixo para cima, com duração de cerca de 30 minutos e progressiva resolução. Negava alterações do estado de consciência ou movimentos convulsivos. Durante a observação apresentou novamente dois episódios de desvio distónico ocular, para cima, com duração de poucos segundos e resolução completa e espontânea. Não apresentava quaisquer outras alterações ao exame neurológico realizado. Negava consumo de substâncias de abuso desde a alta hospitalar.

Foi realizada nova pesquisa de drogas na urina que foi positiva para benzodiazepinas e negativa para as restantes drogas pesquisadas.

Após avaliação por neurologia o paciente teve alta com o diagnóstico de provável reação distónica aguda ao haloperidol e com indicação de vigilância parental.

O adolescente retornou ao SU cerca de seis horas após a alta por início de quadro de distonia cervical (hiperextensão do pescoço) e sialorreia. Foi administrado biperideno (3mg e.v. em perfusão lenta) sob monitorização cardiorrespiratória com resolução clínica completa.

Discussão:

O haloperidol é um fármaco anti-psicótico, da família das butirofenonas, usado no tratamento da esquizofrenia e dos estados de agitação psicomotora. O seu efeito deve-se ao bloqueio dopaminérgico da via nigro-estriada, extra-piramidal.

Estão descritos, com a utilização deste fármaco, efeitos laterais, tais como as reações distónicas agudas, síndrome neuroléptico agudo, discinesias tardias ou prolongamento do intervalo QTc (2).

As reações distônicas agudas caracterizam-se por contrações musculares involuntárias, intermitentes ou sustentadas que causam movimentos repetitivos ou posturas anormais. Este distúrbio inicia-se normalmente nas primeiras horas após a administração do fármaco sendo que 50% dos casos ocorrem nas primeiras 48 horas e 90% nos primeiros cinco dias (3). Um estudo retrospectivo demonstrou reação distônica aguda em 8% dos doentes tratados com haloperidol (4).

A crise distônica aguda envolve principalmente os músculos do pescoço e face cursando com hiperextensão do pescoço, torcicolo, protrusão da língua, trismo ou crise oculogíra mas também pode atingir os músculos axiais do tronco manifestando-se por crises de opistótono, lordose ou escoliose (5). O caso descrito reflete mais provavelmente uma crise oculogíra num primeiro momento seguido de distonia cervical.

Estas reações raramente se associam a risco de vida mas são normalmente fonte de grande desconforto e ansiedade para o paciente e/ou familiares.

Embora a patofisiologia deste efeito lateral não seja completamente compreendida, acredita-se que o quadro distônico resulte, pelo menos em parte, do desequilíbrio do balanço dopaminérgico-colinérgico. A maioria dos fármacos provoca o quadro de distonia através do bloqueio dos receptores dopaminérgicos D2 o que condiciona um aumento do estímulo colinérgico nas vias extra-piramidais (1).

Os principais fatores de risco para a reação distônica aguda são o sexo masculino, a idade inferior a 30 anos, a administração de fármaco anti-dopaminérgico por via parenteral, a história pessoal ou familiar de reação distônica aguda e ainda o uso recente de cocaína. Os anti-psicóticos de primeira geração mais potentes, tais como o haloperidol, condicionam um maior risco quando com-

parados com fármacos de menor potência como a clorpromazina (6).

No caso descrito encontrávamo-nos perante três fatores de risco (idade inferior a 30 anos, sexo masculino e via parentérica de administração).

A abordagem destas reações raramente exige medidas emergentes, aconselhando-se a vigilância e protecção da via aérea nas situações raras de reações distônicas laringeas ou faríngeas.

A administração de um agente anticolinérgico, como o biperideno, leva à resolução rápida do quadro, devendo ser administrado por via intramuscular ou endovenosa com infusão lenta e sob monitorização cardiorrespiratória.

Conclusão:

Este caso documenta um efeito lateral do uso do haloperidol e de outros fármacos usados frequentemente em idade pediátrica. A sintomatologia característica e o tratamento deve ser familiar a qualquer clínico que prescreva esta medicação para que o seu diagnóstico seja atempado e o tratamento prontamente instituído.

Referências:

- (1) Matsui-Sakata A et al. Pharmacokinetic pharmacodynamic analysis of antipsychotic-induced extrapyramidal symptoms based on receptor occupancy incorporating endogenous dopamine release, *Drug Metab Pharmacokinetic* 2005; 20: 187-199.
- (2) Arana GW. An Overview of Side Effects Caused by Typical Antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 8:5-11.
- (3) Ayd F. A survey of drug-induced extrapyramidal reactions. *JAMA* 1961; 175:1054-1060.
- (4) Tollefson GD et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and schizoaffective and schizophreniform disorders, results

of an international collaborative trial. *Am J Psychiatry*; 154:4 457-465.

(5) Fahn S. The varied clinical expressions of dystonia. *Neurol Clin*. 1984; 2(3):541-54.

(6) Giménez-Roldán S et al. Tardive dystonia and severe tardive dyskinesia. A comparison of risk factors and prognosis. *Acta Psychiatr Scand*. 1985; 71(5):488-9

*Mário Correia de Sá¹, Hugo Braga Tavares¹, Fátima Santos¹,
1Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/
Espinho*

ADOLESCENTES COM DOR TORÁCICA OBSERVADOS PELA CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Introdução:

A dor torácica é uma queixa frequente na adolescência^{1,2}, constituindo habitualmente fonte de grande ansiedade e preocupação para o adolescente e seus familiares.

Neste grupo etário o diagnóstico diferencial compreende um largo espectro de patologias, não traduzindo na maioria dos casos doença orgânica grave 1-5. Entre 20 a 60% dos episódios permanecem sem diagnóstico etiológico¹⁻³.

Objectivos:

Caracterizar os episódios de urgência dos adolescentes com toracalgia observados no Serviço de Urgência (SU) de um hospital

central com a colaboração da Cardiologia Pediátrica (CP), durante o ano de 2011.

Material e Métodos:

Estudo descritivo retrospectivo dos episódios de urgência dos adolescentes (com idade compreendida entre os 10 e os 18 anos) que foram observados por toracalgia pela CP, através da consulta dos registos informáticos realizados no programa SAM®.

Parâmetros analisados: sexo, idade, antecedentes pessoais e familiares, data e horário dos episódios, caracterização da dor e sintomatologia associada, alterações do exame objectivo, exames complementares de diagnóstico, diagnóstico final e orientação.

Os dados foram analisados através do programa Microsoft Office Excel® versão 2007.

Resultados:

No referido período, ocorreram 60022 episódios de urgência, 23,9% corresponderam a adolescentes.

Verificaram-se 118 episódios por toracalgia com observação pela CP no SU. Em 67,8% eram adolescentes, com idade média de catorze anos (A) e três meses (M), mínimo de 10A2M e máximo de 18A2M. Verificou-se um predomínio do sexo masculino (57,5%). Um adolescente foi observado três vezes pelas mesmas queixas.

O mês com maior número de episódios foi Outubro (treze), e em Fevereiro verificou-se o menor número de casos (dois). Mais de metade dos casos (57,5%) recorreu ao SU entre as 12:00 e as 20:00h.

Descritos antecedentes pessoais de relevo em 22 dos 78 adolescentes (28,2%). Salientam-se cinco com patologia cardíaca prévia (dois com lesão estrutural, três com patologia arritmica) e cinco com patologia pedopsiquiátrica. Referidos antecedentes familia-

res de patologia cardíaca em dez adolescentes.

Em 58,7% dos casos a torcalgia tinha uma localização esternal/retroesternal e foi referida irradiação para o ombro/membro superior esquerdo em 7,5%. Descrito o tipo de dor em 47,5% dos episódios (opressão/aperto em 55,3% e picada/pontada em 44,7%). A sintomatologia que mais frequentemente se associou à dor torácica foi a dificuldade respiratória e as palpitações (ambas em 17 episódios). Seis adolescentes apresentaram febre e um lipotímia associada ao exercício - Gráfico 1. Referido(s) episódio(s)

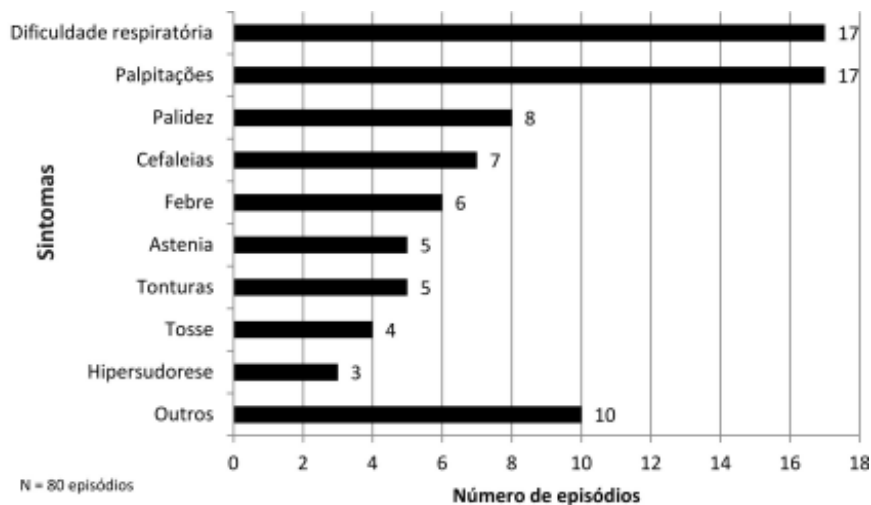


Gráfico 1 Sintomatologia associada à dor torácica nos adolescentes observados pela CP no SU. Outros: tremores (2), dor abdominal (2), edema da hemiface esquerda e limitação funcional da perna esquerda (1), foliculite dos membros inferiores (1), insónia (1), lipotímia (1), odinofagia (1), parestesias (1).

anterior(es) semelhante(s) em 51,2% dos casos.

Na maioria dos episódios (57,5%) os adolescentes não apresentaram alterações de relevo ao exame objectivo. Foi auscultado sopro cardíaco em catorze casos (grau I/VI em sete casos, grau II/VI em seis, grau III/VI em um) e hipertensão arterial em dois adolescentes.

Na observação por CP, foram realizados ecocardiograma e electrocardiograma a todos os adolescentes. Os resultados são apresentados na Tabela 1. Da restante investigação realizada no SU constam a radiografia do tórax em 25% e estudo analítico em 16,2% dos episódios. Foram ainda efectuados TC do tórax (em cinco casos), ecografia abdominal (em dois) e TC crânio-encefálica (um).

A maioria dos episódios teve como diagnóstico final a causa idiopática (53,7%), seguida da etiologia psicossomática (12,5%) e músculo-esquelética (11,2%) - Tabela 2.

Seis adolescentes (7,5%) apresentaram alterações cardíacas valorizáveis no contexto clínico. Em todos a dor tinha localização esternal/retroesternal e um referia irradiação para o ombro esquerdo. Estava associada a palpitações em três e a febre em um dos casos. O exercício foi referido como factor de agravamento em três adolescentes (um apresentou síncope associada ao exercício). Um dos adolescentes tinha antecedentes de patologia cardíaca: cirurgia cardíaca dois meses antes, devido a lesão traumática produzida por arma branca. Um adolescente apresentava antecedentes familiares de miocardiopatia hipertrófica.

Tabela 1 Exames complementares de diagnóstico realizados aos adolescentes na consulta de Cardiologia Pediátrica

Exames complementares realizados pelo Cardiologista		Nº episódios	%
Ecocardiograma	Sem alterações	60	75
	Alterado	20	25
	Insuficiência mitral ligeira	9	
	Pericárdio espessado	3	
	Insuficiência aórtica ligeira	2	
	Derrame pericárdico	1	
	Estenose ligeira da valvula aórtica	1	
	Massa torácica	1	
	Septo interauricular anerismático	1	
	Ventrículo esquerdo globoso	1	
	Ligeira hipertrofia ventricular esquerda	1	
	Electrocardiograma	Sem alterações	73
Alterado		7	8,75
Padrão de bloqueio incompleto do ramo direito		4	
PQ curto		2	
Supradesnivelamento isolado do segmento ST-T em V2		1	

Verificaram-se nove internamentos, motivados por pericardite (três), pneumotórax (dois), hipertensão intracraniana (dois), pneumomediastino e enfisema subcutâneo (um) e suspeita de tuberculose pulmonar (um).

Dos adolescentes com alta para o domicílio, 60% foram orientados para a consulta externa: de CP em 78,2% (consulta de Desporto e Risco Cardiovascular na maioria), de Pedopsiquiatra/Psicologia em 9%.

Tabela 2 Diagnóstico final dos episódios de urgência dos adolescentes com toracalgia observados pela Cardiologia Pediátrica

Etiologia	Nº episódios	%
Idiopática	43	53,75
Psicossomática	10	12,5
Músculo-esquelética	9	11,25
Respiratória	8	10
Crise de asma	2	
Pneumonia	2	
Pneumotórax	2	
Tuberculose pulmonar	1	
Amigdalite aguda	1	
Cardíaca	6	7,5
Pericardite	3	
Alteração do ritmo	2	
Estenose aórtica	1	
Hipertensão intracraniana	2	2,5
Pneumomediastino	1	1,25
Tumor mediastínico	1	1,25

Discussão:

Verificamos no nosso estudo que a dor torácica no adolescente se relacionou poucas vezes com patologia cardíaca (7,5% dos adolescentes com toracalgia observados pela CP no SU). A causa idiopática constituiu o principal diagnóstico final. Estes resultados vão ao encontro do referido na literatura^{3,4}.

Uma história clínica completa e exame objectivo minucioso são essenciais e muitas vezes suficientes^{2,5}, permitindo uma

abordagem estruturada e otimização dos recursos utilizados.

Sendo a toracalgia uma queixa frequente e muitas vezes recidivante no adolescente, consideramos essencial uma abordagem multidisciplinar, atenta às particularidades e necessidades deste grupo etário.

Bibliografia

Selbst SM, Palermo R, Durani Y, Giordano K. Adolescent chest pain - is it the heart? Clin Pediatr Emerg Med 2011; 12: 289-300.

Talner NS, Carboni MP. Chest pain in the adolescent and young adult. Cardiol Rev 2000; 8:49-56.

Leung A, Robson WL, Cho H. Chest pain in children. Can Fam Physician 1996; 42:1156-1164.

Reddy SV, Singh HR. Chest Pain in Children and Adolescents. Pediatr Rev 2010; 31: e1-e9.

Marcidante KJ, Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE. Nelson Essentials of Pediatrics. Sixth edition. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2011. p. 534.

Autores: Sónia Regina Silva¹, Susana Moleiro², Joana Marinho³, Paula Martins³, Isabel Santos³, António Pires³, Graça Sousa³, Eduardo Castela³

Serviço de Pediatria do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E

Serviço de Pediatria do Hospital de Faro, E.P.E.

Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital Pediátrico - Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E

CO-INFEÇÃO COM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS E VÍRUS INFLUENZA A H1N1- RELAÇÃO OU COINCIDÊNCIA?

Introdução: A gripe A, com a pandemia observada em 2009, suscitou grande preocupação à comunidade médica por todo o mundo. A tuberculose permanece outro importante problema de saúde pública e desde há muito conhecido. Ao contrário de outras bactérias, o Mycobacterium tuberculosis raramente se apresenta como co-patógeno do vírus Influenza A H1N1. Apresentamos um caso em que co-existiram estas duas entidades.

Caso clínico: Adolescente de 14 anos, sexo masculino, recorreu ao serviço de urgência por tosse irritativa com uma semana de evolução, complicando-se 24 horas antes da admissão, com febre elevada, obstrução nasal e cefaleias.

Contexto de gripe na escola em época de pandemia de gripe A. Sem antecedentes patológicos relevantes.

À admissão apresentava-se com bom estado geral, febril (39.7°C), sem sinais de dificuldade respiratória. Observada hiperemia da orofaringe e otite serosa bilateral. À auscultação pulmonar constatou-se diminuição do murmúrio vesicular na base do hemitórax esquerdo. Analiticamente apresentava uma contagem de leucócitos normal (6900/ul) com linfopenia (11,4%), PCR-7mg/dl e VS-50 mm. A pesquisa de H1N1 nas secreções orofaríngeas foi positiva. A radiografia pulmonar (Fig.1) revelou uma hipotransparência na base esquerda sugestiva de derrame pleural confirmado por TAC: "... derrame pleural de médio volume à esquerda, loculado, a favor de provável empiema" (Fig.2)

Iniciou tratamento empírico com oseltamivir, cefuroxima e claritromicina.

Realizou toracocentese com saída de líquido pleural com cri-térios de exsudado, predomínio de mononucleares, glicose dimi-nuída (50mg/dl) e ADA aumentada (95,8). Isolamento de Mycobacterium tuberculosis no líquido pleural. A prova de Mantoux revelou uma induração de 10 mm. O IGRA teste (Interferon Gamma Release Assay) e a PCR para Mycobacterium tuberculosis no san-gue foram positivos.

Fez-se o diagnóstico de tuberculose pulmonar e infecção vírica por H1N1 alterando-se a antibioterapia empírica para tratamento com tuberculostáticos e mantendo-se oseltamivir.

Boa evolução clínica com apirexia ao 7º dia de internamento. Manutenção do tratamento com tuberculostáticos em ambulatório. Orientado para centro de diagnóstico pneumonológico e consulta externa de pediatra.

Comentários: Os autores apresentam este caso clínico pelo interesse que lhes suscitou uma possível relação entre a tubercu-lose e a infecção por H1N1. Da revisão da literatura actual constau-tou-se que existem poucos casos relatados de co-infecção de H1N1 com tuberculose, não estando comprovada a sua relação. É prová-vel que o vírus Influenza A H1N1 e o Mycobacterium tuberculosis compartilhem factores de risco e que as pessoas que têm maior risco de contrair ambas as doenças tenham também um risco acrescido de doença severa. Existe também a possibilidade da tuberculose activa poder predispor à infecção por vírus Influenza A H1N1 pelos danos pulmonares provocados e supressão do siste-ma imune.

Palavras-chave: Tuberculose, vírus H1N1, co-infecção, ado-lescente

Bibliografia:

Thorne AR. Clinical manifestations and diagnosis of pandemic H1N1 influenza. uptodate, June 2011

Adams LV, Tuberculosis in children, uptodate, September 2011

Tan C-K, et al. Coinfection with Mycobacterium tuberculosis and pandemic H1N1 Influenza A virus in a patient with lung cancer , Journal of Microbiology, Immunology and Infection, 2011;

Archer B, Cohen C, Naidoo D, Thomas J, Makunga C, Blumberg L et al. Interim report of pandemic H1N1 Influenza virus infection in South Africa, April to October: epidemiology and factors associated with fatal cases. Euro Surveill 2009.

Clara Preto, Aida Sá, Helena Pereira, Natalina Miguel, Cristina Cândido, Fátima Dias
Serviço de Pediatria- CHTMAD- Unidade de Vila Real

ADOLESCENTE COM TORACALGIA

Introdução

A tuberculose é uma doença conhecida há muito tempo pela humanidade mas ainda não está controlada. Em 2008 a OMS es-timou que a incidência aumentou de 9.3 milhões em 2007 para 9.4 milhões globalmente. A tuberculose classifica-se quanto à locali-zação em pulmonar (forma mais frequente) e extra-pulmonar. A tuberculose pleural é a causa mais frequente de tuberculose ex-tra-pulmonar e o seu diagnóstico baseia-se em parâmetros clíni-cos, epidemiológicos e estudos de imagem.

Caso clínico:

Adolescente de 14 anos, previamente saudável, que inicia quadro de toracalgia direita ocasional, desencadeada por inspiração profunda e decúbito lateral indiferenciado. Na altura foi observada e realizou radiografia de tórax que foi normal. Cerca de 2 meses depois houve agravamento da toracalgia, agora diária embora pouco perturbadora, e inicia febre pelo que recorre ao serviço de urgência do Hospital de Aveiro. Negava astenia, emagrecimento ou sudorese. Sem contacto conhecido com doentes com tuberculose. À observação apresentava um bom estado geral, estava eupneica, com uma saturação de oxigénio de 98%. À auscultação pulmonar apresentava um murmúrio vesicular muito diminuído na metade inferior do hemitórax direito, que correspondia a uma área com ausência de vibrações vocais. A radiografia de tórax revelou uma extensa área de hipotransparência no campo pulmonar direito. Confirmou-se a presença de derrame pleural por ecografia torácica. Analiticamente apresentava: Hb 11.9 g/dL; Leucócitos 6300 x 106/L; Neutrófilos 2640 x 106/L, PCR de 16.47 mg/dL; VS 77 mm/h, Adenosina desaminase (ADA) 44.5 U/L. Foi internada e submetida a toracocentese diagnóstica. A análise do líquido pleural revelou Glicose 41.6mg/dL; LDH 586; Proteínas 5,6g/dL; ADA 129,6 U/L e 896/mm³ células com predomínio mononucleares. Fez a prova tuberculínica que foi positiva, apresentando uma induração de 15 mm com vesículas. A histologia de biópsia pleural foi normal e a cultura por Lownstein-Jensen do tecido e líquido pleural foram negativos. Perante o diagnóstico presuntivo de tuberculose pleural iniciou tratamento com 4 antibacilares (isoniazida H, rifampicina R, pirazinamida Z e etambutol E) atingindo a apirexia em menos de 48 horas. A adolescente cumpriu um esquema de tratamento de 6 meses que incluiu 2 meses de HRZE e 4 meses de HR. Sem sequelas em avaliações posteriores.

Discussão:

O derrame pleural na TB é resultado de um processo inflamatório de hipersensibilidade tardia do tipo ?V (imunidade mediada por células), resultante da presença do bacilo ou de antígenos do M. tuberculosis no espaço pleural. A clínica no adolescente nos casos de tuberculose pulmonar é semelhante à do adulto e deve-se dar atenção à história de tosse com duas ou mais semanas de evolução, febre, emagrecimento e sudorese. Por outro lado, no caso da tuberculose pleural, a clínica pode ser abrupta, simulando uma infecção aguda, ou mais lenta com dor pleurítica (75%) febre baixa e tosse seca (nem sempre presente). Além destas manifestações podemos ter deterioração do estado geral, perda de peso, astenia e dispneia progressiva, embora esta última dependa da proporção entre o volume do derrame e a reserva funcional pulmonar. No caso clínico apresentado, a adolescente apresentava apenas um quadro arrastado de dor torácica, embora esporádica, com 2 meses de evolução e febre nos últimos 8 dias. O exame clínico revelou diminuição do murmúrio vesicular, diminuição das vibrações vocais e macicez à percussão, o que evocou como primeira hipótese numa pneumonia com derrame. A radiografia de tórax foi importante, pois a existência de derrame isolado é raro numa pneumonia, sendo no entanto a forma de apresentação primordial de uma tuberculose pleural em zonas de elevada prevalência de tuberculose. As principais características da tuberculose pleural em adolescentes é a sua localização à direita, a não existência de lesões no parênquima pulmonar e um líquido pleural seroso, com características de exsudado, com glicose <70g/dL, proteínas >4,5 g/dL e uma citologia que demonstra geralmente 1000 a 6000 cel/mm³ com predomínio de linfócitos. A prova tuberculínica positiva com vesículas é a favor de uma tuberculose activa. A adenosina desaminase, é uma enzima libertada por linfócitos activados sen-

do característico estar aumentada no líquido pleural dos doentes com tuberculose pleural com uma sensibilidade de 90% a 100% e especificidade de 89% a 100%. Neste caso a adolescente apresentava ADA 129,6 U/L, o que tornava o diagnóstico altamente provável. Embora a cultura do líquido e biópsia, assim como a histologia terem sido negativos, sabe-se que em 10-15% dos casos, todos os métodos de microbiologia serão negativos apesar da presença de TB activa. A história clínica, a análise bioquímica e citológica do líquido pleural e a dosagem de ADA permitiram iniciar o tratamento de forma rápida com uma resposta muito favorável.

Bibliografia:

Seiscento M, Conde M, Dalcolmo M. Tuberculose pleural. J bras pneumol. 2006; 32 (supl 4):174-181

Ruiz-Manzano J et al. Diagnosis and treatment of tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2008; 44 (10):551-566

Segura R. Useful clinical biological markers in diagnosis of pleural effusions in children. Paediatr Respir R. 2004;5 Supl A:S205-12.

Gopi A et al. Diagnosis and treatment of tuberculous pleural effusion in 2006. CHEST. 2007;131;880-889

*Filipa Inês Cunha, Andreia Oliveira, Marcela Pires Guerra, M^a
Manuel Flores
Serviço de Pediatria do Hospital Infante D. Pedro - Aveiro*

REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS

O QUE SABER SOBRE SAÚDE ORAL DE PACIENTES ADOLESCENTES?

No que diz respeito à saúde oral, a adolescência corresponde a uma fase de transição da dentição mista para a implantação da dentição definitiva. Ocorre o crescimento oro-crânio-facial, com modificação intensa da fisionomia facial, afectando as várias funções do sistema estomatognático: deglutição, fala, estética, imagem corporal e relacionamentos afectivos. A avaliação consiste na anamnese, na avaliação clínica (inspecção visual de face, de pescoço, ver o seu tipo predominante de respiração (nasal ou bucal), palpação de tecidos moles e duros de face, pescoço e boca). Dar atenção a alterações das articulações têmporo-mandibulares (desvios, dor, estalido). As pigmentações escuras nos dentes podem sugerir cárie crónica; porém, nem toda a pigmentação é sinónimo de cárie. As manchas brancas nos dentes sugerem hipoplasia/hipocalcificação, fluorose leve e, mais frequentemente, início de cárie dentária. As fracturas dentais podem significar ocorrência de acidentes (prática de desporto, brincadeiras) ou de violência física e/ou sexual. É importante saber que fractura dentária não cicatriza, ao contrário das lesões em tecidos moles, podendo ser a única "pista" remanescente de ocorrência actual e/ou passada de maus tratos contra crianças e adolescentes. Em relação à gengiva/periodontopatia, deve-se considerar que o padrão de normalidade aponta para uma gengiva de coloração rosa pálido, ausência de edema, exsudato, sangramento e de dor, e presença de "pontinhos" semelhantes à casca de laranja. Em relação à oclusão dentária, aos 12 anos, 38% apresentam problemas de oclusão, sendo importante referenciar para correcção. Em relação à mucosa

jugal, observar a ocorrência de hábitos viciosos que podem provocar lesões do tipo "mordedura" ou a presença de lesões leucoplásicas (esbranquiçadas) ou eritoplásicas (com pontos avermelhados). Em relação às glândulas salivares, observar a "lubrificação" interna da boca, presença de tumefacções ou de cálculos salivares, É fundamental incentivar a dieta não cariogénica e a higienização oral (uso de escova e de fio dental). Para os adolescentes que têm risco aumentado de cárie, poderá ser necessário flúor tóxico, prescrito pelo dentista.

CONCLUSÃO: é importante que o profissional de saúde que observa adolescentes adquira habilidades e competências no campo da saúde oral, visando a referenciação adequada, contribuindo, assim, para a saúde e qualidade de vida da população adolescente.

Mathias, C, Antunez M

Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 59-63, out/dez 2011

Filipa Inês Cunha

PREFERÊNCIAS MUSICAIS E CULTURAS JUVENIS E A SUA RELAÇÃO COM O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS NA ADOLESCÊNCIA

Durante a adolescência há uma reorganização no âmbito social, ocorrendo algumas mudanças fundamentais: passar mais tempo com os amigos, viver mais intensamente a aceitação e a

rejeição social e dar mais importância ao sexo oposto sobem na lista de prioridades. Neste período do desenvolvimento, a influência da música demonstram-se não só pelo seu consumo, como também pelas cerca de sete horas que despendem, por dia, ouvindo música. Objectivo do estudo foi perceber qual a relação entre a música e as culturas dos adolescentes e o consumo de substâncias, como álcool, tabaco e drogas. Métodos: Os dados enquadrados neste artigo provêm do estudo colaborativo com a OMS, parte integrante do europeu Health Behavior in School-aged Children desenvolvido em Portugal pela equipe Aventura Social. A amostra é constituída por 3.331 adolescentes dos 8º e 10º anos do ensino público regular, com média de idades de 15 anos. O instrumento no qual se baseia o estudo é um questionário de autoadministração aplicado nas escolas pelos professores, em que foram utilizadas questões relativas ao consumo de substâncias (tabaco, embriaguez e drogas), às preferências musicais e à percepção de identificação com diferentes culturas juvenis. Resultado e Conclusão: encontraram-se quatro grupos representativos das preferências pelos diversos estilos, sendo eles denominados da seguinte forma: rock, popular, urbana/dance e, por último, elitista. Com relação às variáveis predictoras do consumo de tabaco e alguma vez ter estado embriagado, verifica-se que é significativo o factor da música urbana/dance, sendo a preferência por esta predictor de um consumo de tabaco 1,3 vezes mais elevado e de uma frequência de embriaguez 1,3 vezes mais elevada. Observa-se que os adolescentes que preferem a música popular têm 1,1 vezes maior frequência de embriaguez do que os que não preferem este estilo musical. Os adolescentes com preferência pela urbana/dance e pela rock apresentam consumo de drogas 1,7 e 1,3 vezes mais

elevado, respectivamente. Quanto às culturas juvenis, agrupam-se em três factores representativos: tribos marginais, oficializadas e urbanas. As tribos marginais (inclui culturas tipicamente associadas ao desafio das autoridades ou a comportamentos desviantes e de risco, como é o caso dos skinheads ou heavy) estão mais associadas ao consumo drogas. Os resultados evidenciam que os estilos musicais e as culturas juvenis mais relacionados com comportamentos desafiantes e de externalização apresentam, de uma forma geral, um consumo mais elevado de substâncias. Relativamente às variáveis sexo e idade, verifica-se maior prevalência destes consumos em rapazes e em turmas de 10^o ano, confirmando os dados referidos pela literatura.

*Ferreira M, Gaspar M, Diniz JA
Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 13-26, out/dez 2011*

Filipa Inês Cunha

EVENTOS

MARÇO

XXI Congresso da Sociedade Espanhola de Medicina da Adolescência

9/3/2012 a 10/3/2012 | Local: Santiago de Compostela
Página de contacto: <http://www.adolescenciasema.org>

MAIO

ANTALYA European Adolescent Health Meeting

16/5/2012 a 18/5/2012 | Local: Antalya- Turquia
Página de contacto: www.eiaah.org

6º Congresso Nacional de Medicina do Adolescente

16/05/2012 a 18/05/2012 | Local: Quinta das Lágrimas, Coimbra
Secretariado: Muris Congressos, Telef: +351 308 802 445, +351 229 476 847, E-mail: 6medicinadoadolescente@muris.pt

XVI Jornadas do Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora

17/05/2012 a 18/05/2012 | Local: Évora
Secretariado: Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE; E-mail: jornadas.pediatria2012@gmail.com

2nd Global Congress for Consensus in Pediatrics & Child Health

17/05/2012 a 20/05/2012 | Local: Moscow, Russia
Secretariado: Paragon Conventions; 18 Avenue Lois-Casai, 1209 Geneva, Switzerland; Tel: +41 (0) 22 5330 948; Fax: +41 (0) 22 5802 953; E-mail: cip@cipediatrics.org
Site de Internet: www.cipediatrics.org

JUNHO

III Jornadas Aveiro - Viseu

21/06/2012 a 23/06/2012 | Local: Hotel Montebelo, Viseu
Temática: Pediatria...Urgente!?
Secretariado: Isabel Miranda; Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE



SECÇÃO DE MEDICINA DO ADOLESCENTE SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA
Número 21 do Boletim da Secção de Medicina do Adolescente_Sociedade Portuguesa de Pediatria

Coordenação

Elisabete Santos
Pedro Meneses

Colaboração

Andreia Dias
Sofia Aires

Design:

Natália Figueiredo
Composição e Impressão:
Tipografia Viseense - Viseu - Tel. 232 424289
Email:tip_viseense@sapo.pt
Tiragem 200 exemplares

Secção de Medicina do Adolescente da SPP
Rua Amílcar Cabral, 15 r/c 1_1750_018 Lisboa
Telefone 21 757 4680 Fax 21 757 7617
e-mail_spp.mail@ptnetbiz.pt

D'AVEIA

Presidente

Paula Fonseca (Vila Nova de Famalicão)

Vice-Presidente

Pascoal Moleiro (Leiria)

Secretário

Hugo Tavares (Gaia)

Tesoureira

Elisabete Santos (Viseu)

Vogais

Pedro Ferro Meneses (Lisboa)
Maria Manuel Flores (Aveiro)
Maria Filipe Barros (Faro)

FICHA TÉCNICA

PATROCÍNIO

CORPOS DIRECTIVOS