SPP
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

23º CONGRESSO NACIONAL DE PEDIATRIA

CENTRO DE CONGRESSOS DO ESTORIL • 25 – 27 OUTUBRO 2023

LIVRO DE RESUMOS

Índice

3 Mensagem da Presidente

4 Sobre o Congresso

6 Comunicações Orais

41 Posteres com Apresentação em Sala

80 Posteres com Discussão

307 Apresentações por Primeiro Autor

316 Apresentação por Tema

321 Agradecimentos e Contactos

Mensagem do Presidente

Caros colegas

Bem-vindos ao 23º Congresso Nacional de Pediatria. Tratando-se do primeiro congresso do mandato 2023-2025, será um evento que prima pela sua continuidade, mas também pela sua atualidade. Acolher-vos mais uma vez no Congresso Nacional de Pediatria, que se realiza de 25 a 27 de outubro de 2023, no Centro de Congressos do Estoril, será para nós um privilégio.

O programa, elaborado pela Direção da Sociedade Portuguesa de Pediatria em conjunto com as suas Secções, Sociedades, Comissões e Grupos de Trabalho, abrange grandes e diversificadas áreas da Pediatria. Teremos cursos, conferências, mesas-redondas, casos clínicos interativos, encontros com especialista, simpósios e mini-simpósios, oportunidades de excelência para aprendizagem e atualização de conhecimentos essenciais para a prática clínica.

Contamos que, uma vez mais, a nossa reunião seja uma oportunidade para dar a conhecer a melhor produção científica nacional, refletida na elevada participação na submissão de trabalhos. Para promover a discussão, continuaremos a reservar espaço em horário nobre para a apresentação dos trabalhos mais bem cotados na revisão por pares, e em avaliação para distinção e prémio pelo júri de trabalhos. Em sessões próprias, anunciaremos ainda outros prémios e bolsas atribuídos pela SPP ao longo do último ano.

Tal como nas passadas edições, homenagearemos uma figura de destaque da Pediatria portuguesa, sob proposta dos associados, concedendo-lhe o Prémio Carreira SPP 2023.

Desejamos que este evento seja um espaço de debate, de troca de experiências, acrescentando conhecimento, apresentando soluções ou levantando novas questões, contribuindo assim para o progresso da Pediatria portuguesa.

Sejam bem-vindos ao Estoril!

Os melhores cumprimentos,
André M. Graça

Sobre o Congresso

Organização

Direção Sociedade Portuguesa de Pediatria 2023 - 2025

Presidente
André Graça

Vice-Presidente
Mónica Oliva

Secretária-Geral
Liane Costa

Tesoureiro
Rodrigo Sousa

Secretários-Adjuntos
Cândida Cancelinha
Cláudia Melo
Henrique Soares
Paula Ornelas
Rute Neves

Comissão Organizadora e Científica

Direção Sociedade Portuguesa de Pediatria 2023 - 2025

Apoio à Comissão Científica

Ana Garrido
Sociedade de Urgência e Emergência Pediátrica

António Pires
Sociedade Portuguesa de Cardiologia Pediátrica

Bilhota Xavier
Sociedade Pediátrica da Qualidade e Segurança do Doente

Carlos Escobar
Secção de Pediatria Social

Carmen do Carmo
Sociedade Portuguesa de Nefrologia Pediátrica

Fernanda Rodrigues
Sociedade de Infeciologia Pediátrica

Gabriela Mimoso
Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Guiomar Oliveira
Sociedade de Pediatria do Neurodesenvolvimento

Hugo Tavares
Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente

João Farela Neves
Sociedade Pediátrica de Imunodeficiências Primárias

Libério Ribeiro
Sociedade Portuguesa de Alergologia Pediátrica

Manuel Salgado
Secção de Reumatologia Pediátrica

Maria de Lurdes Sampaio
Sociedade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica

Maria Guilhermina Reis
Sociedade Portuguesa de Pneumologia Pediátrica e do Sono

Marta Oliveira
Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Mónica Cró Braz
Secção de Pediatria Ambulatória

Nuno Reis Farinha
Sociedade de Hematologia e Oncologia Pediátrica

Paula Garcia
Secção de Doenças Hereditárias do Metabolismo

Piedade Sande Lemos
Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica

Revisores

Alergologia
André Graça
António Jorge Cabral
Libério Ribeiro

Cardiologia Pediátrica
António Pires
Mónica Rebelo

Cirurgia Pediátrica
João Moreira Pinto
Augusto Ribeiro

Cuidados Intensivos
Leonor Boto
Marta Oliveira

Cuidados Paliativos Pediátricos
Ana Lacerda
Cândida Cancelinha

Doenças do Metabolismo
Anabela Bandeira
Rita Jotta

Endocrinologia
Cíntia Castro-Correia
Maria de Lurdes Sampaio

Enfermagem Pediátrica
Mónica Oliva
Ricardo Fernandes

Farmacologia e Terapêutica
Mónica Oliva
Ricardo Fernandes

Gastrenterologia, Nutrição e Hepatologia
Miguel Costa
Ricardo Ferreira
Rute Neves

Genética
Inês Azevedo
Jorge Saraiva

Hematologia e Oncologia
Ana Paula Ornelas
Nuno Reis Farinha
Paula Kjöllerström

Imunodeficiências Primárias
Amélia Cavaco
Isabel Esteves
João Farela Neves

Infeciologia
Ana Brett
Ana Isabel Cordeiro
Amélia Cavaco
Fernanda Rodrigues
Inês Azevedo
Isabel Esteves
João Farela Neves

Medicina do Adolescente
Ana Isabel Gomes da Silva
Hugo Tavares

Nefrologia
Carmen do Carmo
Liliana Rocha
Telma Francisco

Neonatologia
Ana Cristina Freitas
Gabriela Mimoso
Ricardo Costa

Neurodesenvolvimento
Filipe Glória Silva
Inês Nunes Vicente

Neurologia
Cláudia Melo
Mónica Vasconcelos
Tiago Proença Santos

Ortopedia Infantil
Mafalda Santos
Rodrigo Sousa

Pediatria Ambulatória
António Bento Guerra
Marta Grilo
Mónica Cró Braz
Mónica Oliva
Rodrigo Sousa
Teresa bandeira

Pediatria Social
Carlos Escobar
Maria Manuel Zarcos

Pneumologia
Augusta Gonçalves
Maria Guilhermina Reis

Qualidade e Segurança
Bilhota Xavier
Cristina Rocha

Reumatologia
Carla Zilhão
Manuel Salgado

Urgência
Ana Garrido
Cândida Cancelinha
Liane Costa
Otília Cunha

Júri de atribuição de Prémios

Cristina Camilo
David Lito, Presidente
Helena Mansilha
Henrique Soares
Hugo Cavaco
Paulo Rego Sousa
Rita Cardoso

Comunicações Orais

SPP
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

CO-001 – (23SPP-13092) – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL VERSUS RELAÇÃO PESO/ESTATURA – QUAL O MELHOR PREDITOR DE OBESIDADE FUTURA?

Leonor Cardoso[1]; Daniela Couto[1]; Patrícia Gonçalves[2]; Ana Luísa Cabrita[3]; Pedro Simões[3,4]; Dário Ferreira[5]; Sofia Ferreira[1,4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã, Portugal; 2 – Medicina Geral e Familiar, UCSP do Tortosendo, ACeS Cova da Beira, Tortosendo, Portugal; 3 – Medicina Geral e Familiar, UCSP Fundão, ACeS Cova da Beira, Fundão, Portugal; 4 – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal; 5 – Departamento de Matemática e Centro de Matemática e Aplicações, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

Introdução e Objectivos

As referências antropométricas desempenham um papel central na identificação de crianças com risco de excesso de peso (EP) e obesidade (Ob), contudo, ainda não é consensual qual deles – índice massa corporal (IMC) ou relação peso/estatura (Rel. P/E) – é o melhor preditor de obesidade na infância precoce. O objetivo deste estudo foi avaliar qual das 2 medidas é o melhor preditor de obesidade futura.

Metodologia

Estudo retrospetivo, de coorte, observacional, incluindo crianças seguidas na consulta externa de um hospital nível II, com idade atual entre 5 e 15 anos. Foram incluídas crianças com registos antropométricos aos 0, 2 e 5 anos e pelo menos um dos seguintes: 6, 12 ou 18 meses. Foi feita uma análise de correlação entre o z-score do IMC (zIMC) e o z-score da Rel. P/E (zP/E). Realizou-se uma regressão logística para avaliar a associação entre o zIMC e o zP/E até aos 2 anos com a presença de EP/Ob aos 5 anos.

Resultados

Foram incluídas no estudo 853 crianças (57% sexo masculino). A prevalência de EP e Ob aos 5 anos foi de 13% (n=112) e 14% (n=118), respetivamente. Verificou-se um coeficiente de correlação forte entre o zIMC e zP/E ($r = 0,908 – 0,997$, $p<0,05$). Na regressão logística o z-IMC aos 0, 12 e 18 meses teve associação com EP/Ob aos 5 anos. Nas curvas características de operação do receptor, o zIMC e zP/E aos 12 meses mostraram uma boa performance para prever EP/obesidade futura (AUC 0,779 e 0,778, respetivamente)

Conclusões

Ambos os parâmetros mostraram ser bons preditores de EP/obesidade aos 5 anos, no entanto os resultados parecem indicar que o zIMC se associou mais fortemente com o excesso peso e obesidade aos 5 anos, considerando-o possivelmente um melhor indicador do risco futuro de obesidade do que a Rel. P/E na primeira infância.

Palavras-chave: Índice de massa corporal, Relação peso-estatura, Obesidade, Infância

CO-002 – (23SPP-12809) – ESCALA DE ALERTA PRECOCE PEDIÁTRICA BPEWS-PT: MONITORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO NUM HOSPITAL NÍVEL 2

Ana Rita Fradique[1]; Daniela Couto[3]; Marta Rodrigues[3]; Fernanda Lucas[2]; Cristiana Carvalho[3]

1 – Hospital Pediátrico Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Gestão e Qualidade, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Introdução e Objectivos

A Escala de Alerta Precoce BPEWS-PT (Brighton Pediatric Early Warning Score – Portugal) consiste num sistema de atribuição de pontos (scores) aos parâmetros fisiológicos, identificando sinais de alerta de deterioração clínica da criança hospitalizada, permitindo reduzir a morbimortalidade pela ação atempada e direcionada.
Introduzida num hospital nível 2 em junho de 2021, objetiva-se monitorizar a implementação desta Escala e adequabilidade do algoritmo.

Metodologia

Estudo descritivo com recolha de dados por auditoria a Processos Clínicos (PCs) aleatórios,de crianças internadas entre junho de 2021 e junho de 2023, com recurso a checklist elaborada para o efeito.

Resultados

Analisados 104 PCs: 48 (46,2%) no Berçário, Recém Nascidos (RN) maioritariamente do sexo feminino [25 (52,1%)]; 42 (87,5%) sem avaliação da escala em nenhum momento, apesar de identificados 9 (18,8%) RN com critérios de risco e requisitos de monitorização.
Os restantes 56 (53,8%) PCs, respeitam a crianças do serviço de Pediatria, maioritariamente do sexo feminino 32 (57,1%); com idades entre 27 dias e 17 anos (média 6 anos) e duração média do internamento de 2,6 dias (mediana 2 dias). A escala foi avaliada em pelo menos um momento em 50 (89,3%), com scores entre 0 e 5. O registo de ativação médica não se coaduna, nem com o algoritmo, nem a referência ou ligação ao risco clínico apurado.
Os dados da avaliação de cada item são apresentados na Tabela 1.

Conclusões

A escala BPEWS-PT não está implementada. Foram constatadas grandes lacunas, quer na adesão à aplicação correta da escala, quer na implementação do algoritmo, existindo necessidade da sua otimização. É premente a identificação dos motivos inerentes e a aplicação de medidas de mitigação e/ou eliminação das mesmas.

Palavras-chave: Escala alerta precoce, Controlo de qualidade

Tabela 1- Checklist de monitorização da implementação da escala BPEWS-PT

Items avaliados	Berçário			Pediatria		
	✔	X	NA	✔	X	NA
1- Todos os doentes têm a escala avaliada em pelo menos 1 momento	6	42	-	50	6	-
2- Parâmetros de cálculo do score devidamente selecionados	0	48	-	8	48	-
3- Avaliação de PEWS-PT na 1ª hora de admissão no serviço	5	43	-	34	22	-
4 -Frequência de monitorização PEWS-PT de acordo com o algoritmo	4	44	-	36	20	-
5- Registo de execução do plano de intervenção definido no algoritmo	1	1	46	2	4	50
6- Registo de avaliação de resposta às intervenções implementadas	1	1	46	2	4	50
7- Registo de ativação médica de acordo com o algoritmo	1	0	47	1	1	54
8- Registo de resposta médica dentro do *timming* definidos no algoritmo	1	0	47	1	1	54
9- Registo de avaliação médica por ativação urgente/emergente	1	0	47	0	0	56
10-Transferência do doente para Pólo de Estabilização Neonatal e Pediatria	0	1	47	0	0	56
Sub-Item: Parâmetros avaliação para cálculo PEWS-PT						
Avaliação cardiovascular	3	45	-	50	6	-
Avaliação Respiratória	6	42	-	50	6	-
Avaliação Neurológica	3	45	-	50	6	-
Sub-Item: Atribuição de horários						
Atribuição do mesmo horário aos parâmetros	1	47	-	40	10	6
Monitorizar 8/8h nas primeiras 24h	0	48	-	36	14	6
Monitorizar 12/12h após as primeiras 24h	0	48	-	16	12	28

CO-003 – (23SPP-12737) – COMPLICAÇÕES CRÓNICAS EM ADOLESCENTES COM DOENÇA DAS CÉLULAS FALCIFORMES NA TRANSIÇÃO PARA A MEDICINA DO ADULTO

Filipa Sutre[1]; Bárbara Ribeiro Aguiar[2]; Marta Contreiras[2]; Carolina Amaro Gonçalves[3]; Catarina Salgado[3]; Maria João Palaré[3]; Anabela Ferrão[3]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Santarém; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo; 3 – Unidade de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN)

Introdução e Objectivos
O incremento da sobrevida dos doentes com Doença das Células Falciformes (DCF) aumentou o número de adolescentes transferidos para as consultas de adultos. Pretende-se caracterizar as complicações crónicas de adolescentes com DCF na fase de transição para a medicina do adulto.

Metodologia
Estudo retrospetivo e descritivo através da consulta dos processos clínicos dos adolescentes com DCF (16-18 anos e 364 dias) seguidos em duas Unidades de Hematologia Pediátrica.

Resultados
Incluídos 20 doentes, 60% do género feminino, com idade mediana de 17 anos e a maioria natural de países africanos (70%). A idade mediana do diagnóstico foi de 11 meses e 90% apresentava genótipo HbSS. 95% dos doentes estavam medicados com hidroxiureia e a idade mediana de início foi de 13 anos. Verificou-se pelo menos um internamento nos últimos 18 meses de seguimento em 60% dos doentes, pelo menos uma complicação crónica em 95% e mais de duas complicações em 60%. As principais complicações crónicas foram: hepatobiliares 80% (litíase biliar n=13, 56% foram submetidos a colecistectomia), cardiovasculares 40%, nefrológicas 35%, respiratórias 35%, ósseas 30%, cerebrovasculares 15%, endocrinológicas 15% e oftalmológicas 10%. Um doente encontrava-se sob eritrocitaferese e a sobrecarga de ferro foi identificada em 10% dos doentes.

Conclusões
Verificámos uma elevada prevalência de complicações crónicas quando comparada com a descrita na literatura, a maioria das mesmas graves e com impacto na qualidade de vida. A transição da pediatria para a medicina do adulto é um período de vulnerabilidade, sendo essencial garantir a manutenção do seguimento regular e multidisciplinar destes doentes.

Palavras-chave: Doença das Células Falciformes, complicações crónicas, transição medicina do adulto

CO-004 – (23SPP-12661) – INTOXICAÇÕES AGUDAS EM ADOLESCENTES E O QUE MUDOU COM A PANDEMIA

João Filipe Nico[1]; Mariana Cortez Ferreira[2]; Mariana Dias Costa[2]; Catarina Oliveira Pereira[1]; Nádia Brito[1]; Agostinho Fernandes[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz;
2 – Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

As intoxicações agudas (IA) são causa de morbimortalidade na adolescência. A COVID-19 e as medidas implementadas levaram a alterações no quotidiano dos adolescentes. Pretende-se caracterizar o impacto do período pandémico (PP) nas admissões no Serviço de Urgência (SU) de adolescentes por IA.

Metodologia

Estudo retrospetivo de episódios de IA em adolescentes (10-17 anos), de Jan/18-Mai/23, admitidos no SU de hospital nível II. Colhidas variáveis demográficas e clínicas. Considerou-se o PP de Mar/20-Jan/22. Análise estatística por SPSS®(α=0,05).

Resultados

Incluídos 84 casos, idade mediana 16 anos (11-17), 57% do sexo feminino. Houve 46% IA etílicas (IE), 36% medicamentosas (IM), 7% mistas e 5% por drogas ilícitas (DI). As IE ocorreram todas fora do domicílio (p<0,001), em 97% de adolescentes sem antecedentes psicopatológicos prévios (APP) (p<0,001). As IM ocorreram mais no sexo feminino (80%; p=0,002), 90% no domicílio (p<0,001), em 77% de adolescentes com APP (p<0,001). As mistas e por DI ocorreram mais no sexo masculino (83%, p=0,079; 100%, p=0,031, respetivamente). A média de IA por mês diminui 28% no PP e aumentou 13% no pós-PP. Não houve diferença estatística no sexo e idade antes, durante e pós-PP. As IE diminuíram no pós-PP em relação ao pré-PP, as IM aumentaram; no PP aumentaram as mistas (p<0,001). No pré-PP as IA ocorreram em 92% de adolescentes sem APP; no pós-PP em 64% com APP (p<0,001).

Conclusões

Reforça-se o impacto negativo do PP nos adolescentes. Embora as IA tenham diminuído no PP, provavelmente pelo efeito protetor do confinamento, aumentaram no pós-PP, sobretudo as IM, em adolescentes com APP. É essencial estar atento aos comportamentos dos adolescentes, focando em medidas preventivas como ações na comunidade ou aconselhamento profissional precoce.

Palavras-chave: Intoxicação aguda, Adolescentes, COVID-19

Anexo: Descrição da amostra e estudo comparativo das intoxicações agudas antes, durante e pós período pandémico.

1. Descrição geral da amostra			
Admissões incluídas - n	84		
Idade mediana da amostra em anos (mín.-máx.)	16 (11-17)		
Sexo masculino – n (%)	36 (42,9)		
Adolescentes institucionalizados – n (%)	6 (7,1)		
Admissões no período noturno (20h-08h) – n (%)	54 (64,3)		
Admissões com recurso ao INEM – n (%)	53 (63,1)		
Triagem de Manchester das admissões – n (%)			
Urgente (AMARELO)	47 (56)		
Muito urgente (LARANJA)	37 (44)		
Sintomas na admissão – n (%)	73 (86,9)		
Gastrointestinais	34 (40,5)		
Neurológicos	58 (69,0)		
Cardiovasculares	0 (0)		
Tipo de IA – n (%)			
Etílica	39 (46,4)		
Medicamentosa	30 (35,7)		
Drogas ilícitas	4 (4,8)		
Mistas	6 (7,1)		
Outras	5 (6,0)		
Tipo de IA vs. **Sexo** – n (%)	**Mas**	**Fem**	p
Etílica	19	20	0,312
Medicamentosa	6	24	**0,002**
Drogas ilícitas	4	0	**0,031**
Mistas	5	1	0,079
Outras	2	3	1,000
Total	36 (42,9)	48 (57,1)	
Tipo de IA vs. **Local** (Dentro/Fora do domicílio) – n (%)	**Dentro**	**Fora**	p
Etílica	0	39	**<0,001**
Medicamentosa	27	3	**<0,001**
Drogas ilícitas	0	4	0,151
Mistas	1	5	0,396
Outras	5	0	**0,008**
Total	33 (39,3)	51 (60,7)	
Tipo de IA vs. **APP** (Existentes/ Inexistentes) – n (%)	**Existentes**	**Inexistentes**	p
Etílica	1	38	**<0,001**
Medicamentosa	23	7	**<0,001**
Drogas ilícitas	1	3	1.000
Mistas	4	2	0,180
Outras	1	4	0,651
Total	30 (35,7)	54 (64,3)	
Tipo de medicação nas IM/mistas – n (%)			
Medicação habitual ou do próprio	14 (45,2)		
Outra medicação	17 (54,8)		
CAL no mesmo episódio – n (%)	11 (13,1)		
Intoxicação aguda prévia conhecida – n (%)	17 (20,2)		
Utilização de medidas de descontaminação – n (%)	17 (20,2)		
Carvão ativado	16 (19)		
Lavagem gástrica	14 (16,7)		
Utilização de antídoto – n (%)	8 (9,5)		
Necessidade de terapêuticas no SU – n (%)	68 (81)		
Fluidoterapia	66 (78,6)		
Ondansetron	17 (20,2)		
IBP	7 (8,3)		
Outros	8 (9,5)		
Realização de estudo analítico – n (%)	57 (67,9)		
Doseamento de tóxicos			
Paracetamol – n (%)	3 (3,6)		
Alcoolémia – n (%); média g/L ± DP	36 (42,9); 1,99 ± 0,73		
Pesquisa de drogas na urina – n (%)	34 (40,5)		
Positiva	14 (41,2)		
Tempo médio de permanência no SU – h:m ± DP	7:44 ± 5:29		
Destino na alta – n (%)			
Domicílio	58 (69,0)		
Transferência para outro Hospital – Pedopsiquiatria	22 (26,2)		
Internamento	4 (4,8)		
Referenciação a consultas na alta – n (%)			
Adolescentes	13 (15,5)		
Pedopsiquiatria	24 (28,6)		
Psicologia	9 (10,7)		
2. Estudo comparativo das intoxicações agudas antes, durante e pós período pandémico			
Sexo – n	**Pré-PP**	**PP**	**Pós-PP**	
Masculino	18	10	8	p=0,407
Feminino	18	13	17	
Tipo de IA – n	**Pré-PP**	**PP**	**Pós-PP**	
Etílica	24	9	6	
Medicamentosa	7	8	15	p < 0,001
Drogas ilícitas	2	0	2	
Mistas	0	4	2	
Outras	3	2	0	
Local de IA – n	**Pré-PP**	**PP**	**Pós-PP**	
Dentro do domicílio	9	8	16	p=0,008
Fora do domicílio	27	15	9	
APP – n	**Pré-PP**	**PP**	**Pós-PP**	
Existentes	3	11	16	p < 0,001
Inexistentes	33	12	9	

APP – Antecedentes psicopatológicos prévios; **CAL** – Comportamentos auto-lesivos; **IA** – Intoxicação aguda; **IM** – Intoxicação medicamentosa; **PP** – Período pandémico; **SU** – Serviço de Urgência

CO-005 – (23SPP-12705) – WORLD HEALTH ORGANIZATION'S WELL-BEING INDEX – WHO-5: VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA

Isabel Azevedo[1]; Miguel Vieira Martins[1]; Paula Carvalho[2]; Sofia Ferreira[1,3]

1 – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; 2 – Departamento de Educação e Psicologia – Universidade da Beira Interior; 3 – Universidade da Beira Interior

Introdução e Objectivos

O índice de bem-estar da Organização Mundial de Saúde (cinco) (WHO-5) é uma escala com 5 itens que foi projetada par medir o bem-estar psicológico e foi considerada eficaz na deteção de sinais de depressão. Esta escala foi traduzida em mais de 30 línguas e é usada na prática clínica e em investigação em todo o mundo. Em Portugal a validação desta escala ainda não foi realizada. O objetivo desde estudo é a validação da escala WHO-5 numa população pediátrica portuguesa.

Metodologia

Estudo transversal observacional baseado em questionários, para avaliar o estado emocional de adolescentes recorrendo à escala WHO-5. Foi obtida uma amostra de 1916 estudantes do ensino básico e secundário, do 7º ao 12º anos de escolaridade.

Resultados

O score mediano da WHO-5 foi de 17 [14-20] e as pontuações mais altas foram encontradas em adolescentes do género masculino (p<0,001), naqueles sem problemas de saúde (p<0,001), que dormiam melhor (p<0,001), que praticavam desporto (p<0,001) e naqueles que não tinham dificuldade em fazer amigos (p<0,001). Os resultados do questionário WHO-5 demonstraram uma boa consistência interna, com valor de alfa de Cronbach de 0,80 e a análise fatorial confirmatória suportou a unidimensionalidade do questionário, que em conjunto demonstrou a validade da escala nesta amostra.

Conclusões

Este estudo providenciou uma validação aceitável da versão em português da WHO-5 num grupo de adolescentes. A WHO-5 é uma escada simples e de aplicação fácil, que pode ser usada em consultas de rotina para rastrear o estado emocional dos adolescentes e detetar precocemente sinais de problemas de saúde mental.

Palavras-chave: WHO-5, Bem-estar, Adolescentes, Depressão

CO-006 – (23SPP-12568) – CUSTO DOS RECURSOS DE SAÚDE ASSOCIADOS À DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM PORTUGAL – ESTUDO SPHERE

Fernanda Rodrigues[1]; Filipa Prata[2]; Ana Margarida Garcia[3]; Ana Reis Melo[4]; Paula Correia[5]; Laura Marques[6]; Maria João Virtuoso[7]; João Romano[8]

1 – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; 2 – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; 3 – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 4 – Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 5 – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora-Sintra, Portugal; 6 – Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal; 7 – Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal; 8 – MSD Portugal, Paço de Arcos, Portugal

Introdução e Objectivos

A doença invasiva pneumocócica (DIP) é uma infeção grave causada por *Streptococcus pneumoniae,* com impacto significativo no Sistema Nacional de Saúde.

Este estudo de vida real visa avaliar os custos associados à utilização de recursos de saúde (URS) na hospitalização de crianças com DIP em Portugal Continental.

Metodologia

Estudo retrospetivo, multicêntrico e transversal, incluindo crianças (<18 anos) hospitalizadas com DIP entre 2017-2018, com recolha de dados secundários de registos clínicos de 7 centros hospitalares em Portugal.

Resultados

Incluíram-se 68 crianças, 55,9% do sexo masculino, com idade ≤4 anos (76,5%). Entre elas, 4,9% tinha uma doença subjacente e 30,9% empiema, sendo esta a manifestação clínica mais comum. O serotipo 3 de *S. pneumoniae* foi o mais frequente (36,2%). 61,8% das crianças estavam totalmente vacinadas, 17,6% tinham um esquema de vacinação incompleto e 17,6% não foram vacinadas.

O tempo médio de hospitalização foi de 16,4±14,3 dias, com 7,3±5,2 dias em cuidados intensivos. Todos os doentes realizaram análises laboratoriais. Realizaram também exames imagiológicos (95,6%), outros procedimentos, como toracentese ou drenagem pleural (48,5%), cirurgias (17,6%) e outros exames (13,2%).

O custo médio total por criança hospitalizada por DIP foi de €5.879±4.875. Esta estimativa inclui os custos médios/doente relativos nomeadamente ao internamento (€5.224±4.575), análises laboratoriais (€264±165) e exames imagiológicos (€189±198).

Conclusões

Este estudo fornece dados de vida real sobre a carga económica da URS associados à DIP em crianças hospitalizadas em Portugal. O internamento representa o maior encargo, com quase 90% do custo total por doente.

Palavras-chave: Doença invasiva pneumocócica, Recursos de saúde, Encargo económico, Pediatria

CO-007 – (23SPP-12701) – ASSOCIAÇÃO TEMPORAL ENTRE VARICELA E DOENÇA ESTREPTOCÓCICA ANTES, DURANTE A APÓS A PANDEMIA COVID-19

Miguel Lucas[1]; Joana De Beir[1]; Miguel Lince Duarte[1]; Raquel Inácio[1]; Lia Gata[1]; João Pereira Vaz[2]; Lurdes Correia[2]; Fernanda Rodrigues[1,3]

1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico-CHUC; 2 – Serviço de Patologia Clínica – CHUC; 3 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução e Objectivos

A pandemia COVID-19 alterou profundamente a epidemiologia de várias doenças infeciosas. Desde 2022 tem sido descrito um aumento da incidência de doença invasiva (di) por Streptococcus do grupo A (SGA) e escarlatina em vários países europeus. Entre as razões para este aumento, tem-se especulado sobre o papel da associação com infeções víricas.O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre varicela e um painel de vírus respiratórios (VR) e doença por SGA na urgência pediátrica de um hospital terciário.

Metodologia

Estudo observacional, retrospetivo, descritivo, que incluiu todos os códigos de diagnóstico ICD-9 e ICD-10 de escarlatina (034, 0341, A389) e varicela (052, 052.0, 052.1, 052.2, 052.7, 052.8, 052.9, B010, B0111, B0112, B012, B0182, B0189, B019) e todos os testes positivos PCR multiplex para vírus respiratórios (VSR, vírus da gripe, vírus parainfluenza, metapneumovírus humano, rhino/enterovírus) correspondentes aos episódios de urgência de janeiro 2015 a junho 2023, num hospital pediátrico terciário.

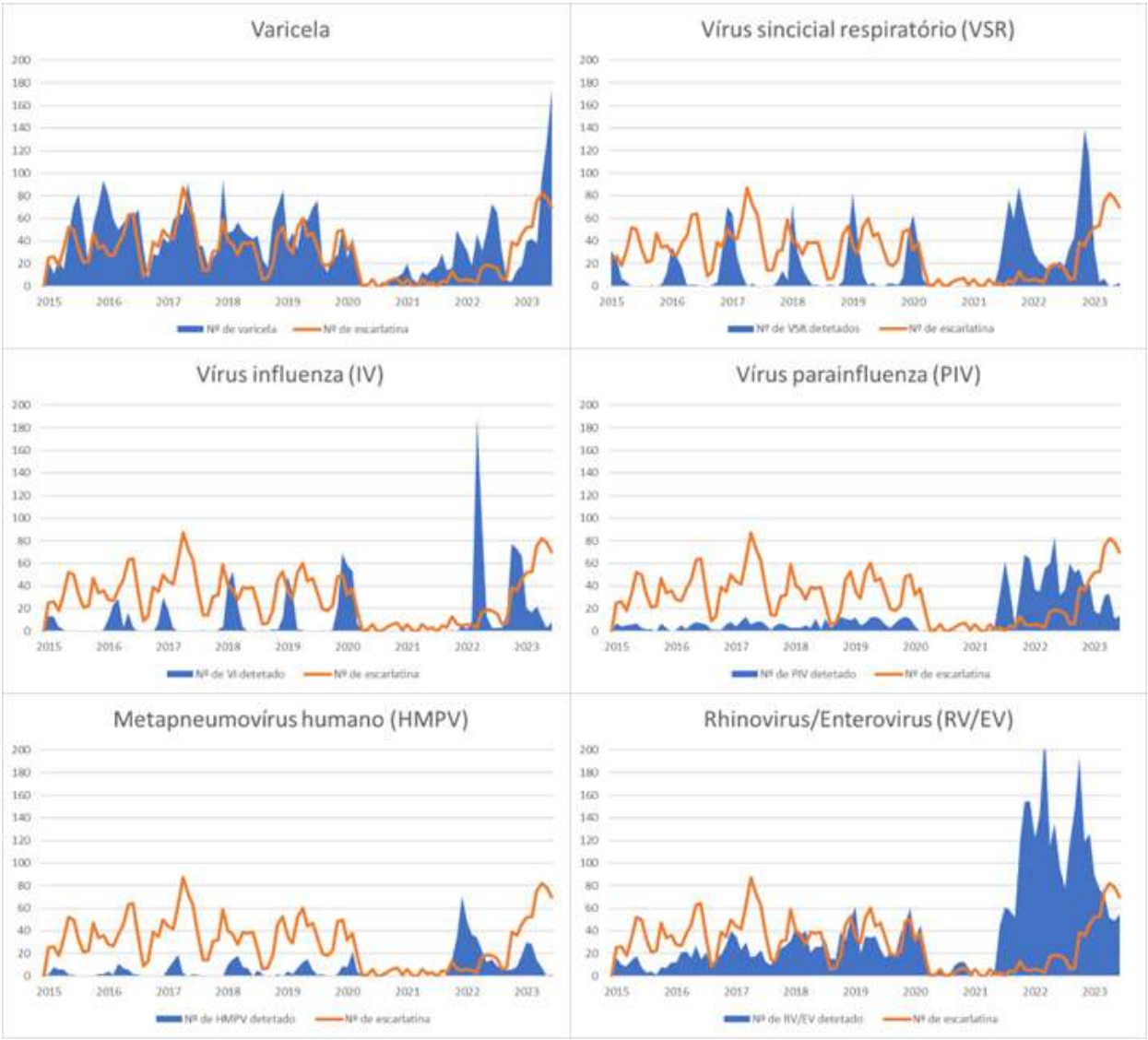
Resultados

A evolução do número de episódios de escarlatina, varicela e testes PCR positivos para VR ao longo dos anos é apresentada na figura. Resultados semelhantes foram observados para associação entre testes de diagnóstico antigénico rápido para SGA e varicela. Em 2023 observou-se também um número mais elevado de diSGA.

Conclusões

Os dados antes, durante e após a pandemia COVID-19, sugerem uma associação temporal mais forte entre escarlatina e varicela e do que com um painel de vírus respiratórios. Adicionalmente, estes dados reforçam que intervenções dirigidas a vírus poderão ter impacto em infeções bacterianas.

Palavras-chave: varicela, Streptococcus do grupo A, escarlatina, pandemia, vírus respiratórios



CO-008 – (23SPP-12914) – AUMENTO DA DOENÇA INVASIVA POR STREPTOCOCCUS DO GRUPO A (DISGA)

Joana Gama Jardim[1]; Ana Cláudia Cavadas-Almeida[1]; Mariana Domingues[1,2]; Ana Brett[1,2]; Lia Gata[1]; Anália Carmo[3]; Fernanda Rodrigues[1,2]

1 – 1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infecciologia, Hospital Pediátrico, CHUC; 2 – 2- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 3 – 3 – Serviço de Patologia Clínica, CHUC

Introdução e Objectivos

Desde 2022 tem sido descrito um aumento da incidência de diSGA em vários países europeus, nomeadamente pneumonia complicada. O objetivo deste estudo é caracterizar o seu padrão num hospital pediátrico.

Metodologia

Análise retrospetiva dos casos de diSGA num hospital pediátrico terciário, de 1/2010 a 6/2023. Considerou-se caso confirmado quando houve deteção de SGA, em cultura ou por PCR, em produto biológico normalmente estéril, incluindo tecido profundo ou abscesso profundo, e caso provável se infeção grave, como choque séptico, síndrome do choque tóxico estreptocócico ou fasceíte necrotizante, para a qual nenhuma outra etiologia bacteriana foi identificada e na qual se isolou SGA em produto biológico normalmente não estéril.

Resultados

Identificaram-se 41 casos de diSGA (33 confirmados,7 prováveis), 54% rapazes. A idade mediana foi de 3A (IQR 4A). A maioria (68%) era previamente saudável e 8 tinham infeção atual/recente por varicela, 4 em 2023.

Na admissão, 65% tinha exantema escarlatiniforme e 7% critérios de choque.

A distribuição do número de casos/ano e diagnósticos é apresentada na figura 1.

Oito doentes necessitaram de internamento em cuidados intensivos e ocorreram 3 óbitos. Todos os abcessos (n=5) foram drenados.

Conclusões

Embora mais tardiamente do que noutros países europeus, no primeiro semestre de 2023 observou-se um aumento significativo de casos de diSGA, o que poderá estar associado a maior suscetibilidade dos hospedeiros pós pandemia e a uma maior circulação de vírus, nomeadamente da varicela.

Palavras-chave: Streptococcus pyogenes, doença invasiva

CO-009 – (23SPP-12819) – INFEÇÃO POR KINGELLA KINGAE (KK) NA ERA DA BIOLOGIA MOLECULAR

Ana Cláudia Cavadas-Almeida[1]; Joana Gama Jardim[1]; Inês Gameiro[1]; Mariana Domingues[1,2]; Ana Brett[1,2]; Lia Gata[1]; Anália Carmo[3]; Cristina Alves[4]; Fernanda Rodrigues[1,2]

1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infecciologia, Hospital Pediátrico, CHUC; 2 – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 3 – Serviço de Patologia Clínica, CHUC; 4 – Serviço de Ortotraumatologia, Hospital Pediátrico, CHUC

Introdução e Objectivos

Kingella kingae (Kk) é um agente frequente de infeção osteoarticular (IOA) na faixa etária 6M-4A. Coloca múltiplos desafios diagnósticos pela apresentação clínica insidiosa, acesso difícil à amostra nas IOA e identificação microbiológica complexa por cultura. Coloniza a orofaringe, o que parece ser um pré-requisito para doença. Este estudo tem como objetivo analisar o impacto da introdução das técnicas de biologia molecular.

Metodologia

Análise retrospetiva dos processos de crianças com deteção de Kk por cultura (sangue e líquido sinovial) e PCR (exsudato da orofaringe, sangue e líquido sinovial; disponível desde dezembro 2022), num hospital terciário. A PCR foi efetuada nas suspeitas clínicas de IOA.

Resultados

Kk foi identificada em 44 crianças (23 rapazes), com idade mediana de 16M (IQR 10,8). 89% teve sintomas respiratórios nas 2 semanas prévias e 98% frequentava infantário. De janeiro 2010 a novembro 2022 houve 15 culturas positivas, em 14 crianças (12 hemocultura, 3 líquido sinovial). Os diagnósticos foram artrite séptica (7), osteomielite (4) e bacteriémia (3).

Desde dezembro 2022, ocorreu deteção em 30 crianças: 30 PCR+ no exsudato da orofaringe, 3 PCR+ no líquido sinovial e 3 culturas (2 hemoculturas, 1 líquido sinovial, todas PCR+ orofaringe). Em 6 crianças com clínica inicial sugestiva de IOA e PCR+ na orofaringe (6/30, 20%), a investigação microbiológica, imagiológica e evolução não confirmaram o diagnóstico. Nas restantes 24 os diagnósticos apresentam-se na figura.

Conclusões

A introdução de PCR aumentou a capacidade de deteção de Kk e os diagnósticos por este agente que, numa elevada percentagem, se basearam na deteção por PCR na orofaringe, associada aos dados clínicos e imagiológicos. Esta identificação é fundamental na abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Kingella kingae, osteomielite, PCR

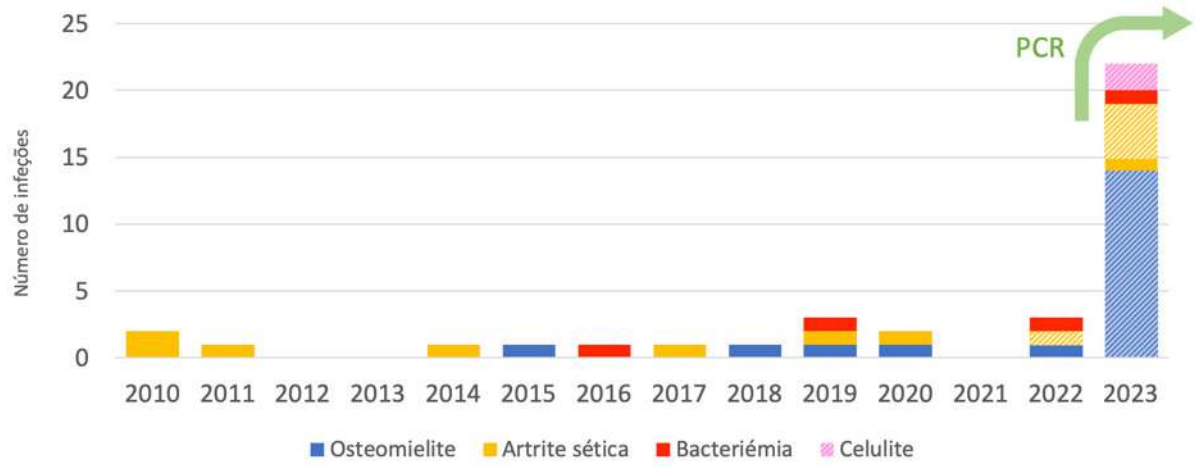


Figura: Distribuição das infeções por *Kingella kingae* por ano, por diagnóstico clínico e método de diagnóstico microbiológico (cultura - barra preenchida, PCR apenas - barra tracejada).

CO-010 – (23SPP-13010) – VIGILÂNCIA DE INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS VÍRICAS (IRV) EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PS) NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA (SUP)

Teresa Almeida Lopes[1]; Jonathan Vowles[2]; Marta Martins[1]; Begonia Morales-Aza[2]; Adam Finn[2]; Fernanda Rodrigues[1]

1 – Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – University of Bristol, School of Cellular and Molecular Medicine, Bristol, United Kingdom

Introdução e Objectivos

O pico sazonal das IRV pediátricas ocorre habitualmente no inverno. Os PS que contactam com crianças no SUP estão frequentemente expostos a estes vírus. O objetivo do estudo foi comparar a taxa de infeção de PS com e sem contacto direto com crianças doentes no SUP, durante o pico sazonal das IRV.

Metodologia

Foram incluídos 112 PS, divididos em 2 grupos: grupo A (56 médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) com contacto direto com crianças doentes e grupo B (56 PF sem contato direto com doentes–grupo controlo). Foram colhidas zaragatoas nasais e saliva semanalmente, durante 10 semanas (12/2019 a 2/2020, pré-pandemia COVID-19). Neste período ainda não era recomendada a utilização de equipamento de proteção individual (nomeadamente máscara). Foi realizado um painel multiplex RT-qPCR (Certest Biotecâ) para vírus respiratórios. Excluíram-se da colheita semanal os PS que se ausentes por doença.

Resultados

Foram obtidas 1013 zaragatoas nasais e 1013 amostras de saliva. Os resultados de PCR positiva para cada vírus em ambos os produtos biológicos apresentam-se na tabela. O número de vírus detetados foi semelhante nos dois grupos, exceto para o vírus influenza e adenovírus (ambos com maior número de casos no grupo A). Houve menor taxa de deteção de vírus na saliva quando comparada com a zaragatoa nasal.

Conclusões

Durante o pico sazonal de IRV pediátricas, incluindo VSR e influenza, apesar da maior exposição ocupacional e de ainda não estar implementada a utilização rigorosa de medidas não farmacológicas de controlo de infeção, os PS com contato direto com crianças doentes não apresentaram taxa de infeções víricas pouco sintomáticas/assintomáticas significativamente mais elevadas quando comparados com os PS sem contacto direto com crianças doentes em contexto de SUP.

Palavras-chave: Profissionais de saúde, Infeções respiratórias víricas, Risco ocupacional

Tabela 1: Número total de profissionais de saúde do grupo A (contacto direto com doentes) e grupo B (controlo) com PCR positiva para cada vírus. Considerou-se um caso positivo quando o profissional de saúde teve deteção de um vírus por PCR em zaragatoa nasal e/ou amostra de saliva, uma ou várias semanas seguidas.

Vírus detetados	Grupo A	Grupo B
Influenza	8 (4A, 4B)	2 (2A)
VSR	2 (2A)	4 (3A, 1B)
Adenovírus	6	0
Rinovírus/ Enterovírus	26	22
Parainfluenza	3	3
Total	**45**	**31**

CO-011 – (23SPP-13006) – SÍNDROME DE ENTEROCOLITE INDUZIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARES: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Sara Monteiro[1]; Ana Losa[1]; Diana Pinto[2]; Ana Rita Araújo[2]; Rosa Lima[3]; Fernanda Teixeira[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CMIN-CHUdSA); 2 – Unidade de Alergologia Pediátrica, CMIN-CHUdSA; 3 – Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, CMIN-CHUdSA

Introdução e Objectivos

A Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteínas Alimentares (FPIES) é uma reação de hipersensibilidade não-IgE mediada que se manifesta na forma aguda, por vómitos profusos cerca de 1-4 horas após a ingestão do alimento implicado. Mais comumente é causada pelas proteínas do leite de vaca (PLV) ou proteína de soja, embora outros alimentos possam estar implicados.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo, dos doentes com FPIES acompanhados nas Unidades de Alergologia e Gastrenterologia Pediátrica de um centro terciário, desde janeiro de 2020.

Resultados

Foram incluídos 18 doentes, 50% do género feminino, com idades compreendidas entre os 5 meses e os 7 anos e uma idade média de 9 meses na data de apresentação. Metade dos doentes referenciados apresentava antecedentes pessoais e familiares de atopia. Todos os doentes apresentaram vómitos, 83% letargia e 39% diarreia, em média 2 horas após a ingestão alimentar. Os alimentos mais frequentemente implicados foram o ovo (39%), seguido pelo peixe (28%). A salientar um caso de FPIES ao polvo e outro ao frango. 7 doentes realizaram prova de provocação oral (PPO) e a FPIES resolveu em 6 casos, com uma média de idade de 23 meses.

Conclusões

O diagnóstico desta entidade pode ser desafiante uma vez que implica um elevado grau de suspeição, considerando que a clínica que pode mimetizar outras intercorrências infeciosas, e aos alimentos envolvidos, que em alguns dos casos apresentados não são os mais frequentemente associados a FPIES. A duração média dos nossos doentes com PFIES resolvida encontra-se dentro da média descrita na literatura.

Palavras-chave: FPIES, reação hipersensibilidade

CO-012 – (23SPP-12680) – PROVAS DE PROVOCAÇÃO ORAL: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE ALERGOLOGIA PEDIÁTRICA

Sofia Poço Miranda[1]; João Oliveira[3]; Diana Pinto[2]; Ana Rita Araújo[2]; Fernanda Teixeira[2]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 – Unidade de Alergologia Pediátrica, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução e Objectivos
As reações adversas a alimentos e medicamentos são frequentes em Pediatria, sendo que a realização de Provas de Provocação Oral (PPO) é de especial relevância.

Metodologia
Estudo retrospectivo das PPO de um hospital terciário desde 1 janeiro de 2020 até 31 de Julho de 2023.

Resultados
Foram incluídas 135 PPO (74 a alimentos e 61 a fármacos). Relativamente às PPO de alimentos, a idade mediana foi 2 anos, 60,8% do sexo masculino e em 64,9% existia história pessoal de atopia. Os principais alergénios testados foram: leite (37,8%), ovo (29,7%), frutos secos (14,9%) e peixes (10,8%). Quanto à apresentação, 82,4% apresentaram manifestações cutâneas, 37,8% sintomas digestivos, 22,9% sintomas gastrointestinais e 36,6% anafilaxia. O motivo para a sua realização: 41,8% esclarecimento diagnóstico, 52,7% para avaliar aquisição de tolerância e em 5,4% paraavaliar reatividade cruzada. As PPO foram positivas em 20,3%. Quanto a fármacos, a idade mediana foi 4 anos, 65,5% do sexo masculino, sendo os fármacos suspeitos de hipersensibilidade: amoxicilina (52,5%), amoxicilina + ácido clavulânico (37,7%), ibuprofeno (4,9%), paracetamol (3,2%) e azitromicina (1,6%). Ocorreram manifestações imediatas em 6,5%, sendo a maioria manifestações tardias (93,4%). Foram realizadas IgEs específicas prévias à PPO em 90,2%, sendo em todos os casos negativas. As PPO foram negativas em 95,1% e inconclusivas em 4,9%.

Conclusões
A realização de PPO tem um papel relevante na Alergologia Pediátrica, sendo o gold standard para exclusão de reações mediadas imunologicamente. A maioria das PPO concluiu um resultado negativo, permitindo uma melhor orientação clínica e redução da ansiedade associada. Esta revisão permitiu a reformulação de procedimentos, nomeadamente em relação às PPO a fármacos.

Palavras-chave: Prova de Provocação Oral, Alergia alimentar, Alergia a fármacos

CO-013 – (23SPP-12959) – HOSPITALIZAÇÕES POR GASTROENTERITE AGUDA EM CRIANÇAS COM MENOS DE 5 ANOS EM PORTUGAL DE 2000 A 2017

Laura Leite De Almeida[1]; Alberto Freitas[2,3]; Inês Azevedo[1,4,5]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 2 – Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 3 – CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde; 4 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 5 – EpiUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

Introdução e Objectivos
A Gastroenterite Aguda (GEA) é uma causa importante de internamento abaixo dos 5 anos. Analisamos as hospitalizações por GEA nesta faixa etária e ocorrência em grupos de risco, de forma a fornecer informações epidemiológicas para ajudar a delinear estratégias preventivas.

Metodologia
Análise dos internamentos por GEA em crianças com menos de 5 anos nos hospitais públicos do continente entre 2000 e 2017, em base de dados administrativa.

Resultados
Registaram-se 47.326 internamentos, representando 6,6% da totalidade dos internamentos nesta faixa etária, e taxa anual de 5,14/1.000 crianças < 5 anos. Verificou-se predomínio no sexo masculino (55,5%) e diminuição dos internamentos com a idade (39,3% a 8,0% do total, no 1º e 5º ano respetivamente). Os internamentos foram mais comuns durante o inverno e na região norte. Na etiologia, 42,7% foram codificadas como víricas, das quais 53,8% por rotavírus (RV), e 14% como bacterianas. Ao longo do tempo verificou-se tendência para diminuição de internamentos por GEA, com redução das GEA bacterianas (de 20,5% para 9,3%), mas aumento da percentagem codificada como RV (de 10,6 para 29,3%). A duração mediana de internamento foi de 3 dias, 4 dias na etiologia RV. Em 3,1% dos doentes foi identificado pelo menos um fator de risco considerado critério de elegibilidade para vacinação contra RV pela DGS. Registaram-se 180 (0,38%) sepsis/choque e 38 óbitos intrahospitalares (0,08%). Do total de doentes 85,3% realizaram fluidoterapia EV e 20% antibioterapia EV.

Conclusões
A GEA tem grande impacto nos serviços de saúde. Houve redução das GEA bacterianas, mas aumento das por RV, possivelmente tradutor de melhor identificação. A grande maioria das crianças hospitalizadas não é elegível para vacinação pelos atuais critérios.

Palavras-chave: Gastroenterite Aguda, Epidemiologia

CO-014 – (23SPP-12974) – VACINAÇÃO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM IDADE PEDIÁTRICA – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL NÍVEL III

Joana Carvalho Queirós[1]; Ana Losa[1]; Helena Silva[2]; Ermelinda Silva[2]; Marta Tavares[2]; Francisco Ribeiro Mourão[2]; Rosa Lima[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Pediatria, Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução e Objectivos

INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) apresenta incidência crescente. A base do tratamento assenta em fármacos imunossupressores/ biológicos. Estes fármacos acarretam um aumento do risco infecioso que pode ser atenuado pela vacinação.

O objetivo deste estudo foi caracterizar o estado vacinal dos doentes pediátricos com DII sob tratamento.

Metodologia

MÉTODOS

Análise observacional e retrospetiva dos processos clínicos dos doentes com o diagnóstico de DII seguidos num hospital terciário entre abril/2010 e abril/2022, sob tratamento ativo no momento do estudo (maio/2022).

Resultados

RESULTADOS

99 indivíduos, 62(63%) do sexo feminino, com uma mediana de idades de 13 (IQR 11-15) anos. 69(70%) apresentavam Doença de Crohn, 21(21%) Colite Ulcerosa e 9(9%) Colite Indeterminada. No momento de realização do estudo, 6(6%) dos doentes estavam sob tratamento com corticoide sistémico, 48(48%) com imunomodulador e 53(53%) com fármacos biológicos.

Relativamente ao estado vacinal, em 95(96%) doentes o Plano Nacional de Vacinação (PNV) estava atualizado ao diagnóstico (100% no do início do tratamento). No momento do estudo, 74% tinham a vacina conjugada anti-pneumococica, 69% a da gripe, 64% a vacina polissacárida anti-pneumococica e a vacina da hepatite A, 63% a vacina do SARS-COV2, 61% a dose de reforço da vacina da Hepatite B, 54% a vacina da varicela, 11% a vacina anti-meningococo ACWY e 6% a vacina do Vírus Papiloma Humano.

Conclusões

CONCLUSÃO

A prevenção de infeções oportunistas é essencial nos doentes com DII. Apesar da boa cobertura vacinal nesta amostra, muito superior à descrita na literatura, há ainda espaço para melhora significativa, particularmente nas vacinas extra-PNV, sendo essencial a definição de estratégias de incremento vacinal neste grupo.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal, Vacinação, Plano Nacional de Vacinação

CO-015 – (23SPP-12989) – APRESENTAÇÃO CLÍNICA E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NA ESOFAGITE EOSINOFÍLICA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL NÍVEL III

Joana Filipe Ribeiro[1,2]; Margarida Vicente-Ferreira[1]; Joana Lage[1,3]; Isabel Pais[1]; Céu Espinheira[1]; Eunice Trindade[1]

1 – Unidade de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Sousa Martins, ULS Guarda; 3 – Serviço de Pediatria, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução e Objectivos

A Esofagite Eosinofílica (EEo) tem assumido uma importância crescente nas referenciações à Consulta de Gastrenterologia Pediátrica (CGP), sendo uma indicação frequente para realização de endoscopia digestiva alta (EDA) ao diagnóstico e no seguimento.

O objetivo do estudo foi caraterizar uma população pediátrica com EEo.

Metodologia

Estudo retrospetivo longitudinal, dos doentes com diagnóstico de EEo seguidos na CGP de um hospital nível III de 01/2022-06/2023.

Resultados

Acompanharam-se 102 doentes, 85% do sexo masculino, com uma média de idades na 1ª consulta de 10 anos [2 meses – 17 anos] e um tempo de follow-up médio de 4 anos [6 meses -14 anos]. Os doentes apresentaram-se com impactação alimentar em 53% dos casos, disfagia (34%) e engasgamentos (32%), sendo que abaixo dos 5 anos o sintoma mais reportado foram os vómitos (53%). Relativamente aos achados na 1ª EDA, 70% revelaram estriação longitudinal e 62% exsudado nacarado. Quanto à infiltração Eo, esta foi mais exuberante no esófago distal em 38% dos casos, sendo o nº médio máximo de eosinófilos de 47 eosinófilos/ campo [3-130]. 79% dos doentes iniciou terapêutica com inibidor da bomba de protões (IBP). Atualmente, 67% dos doentes encontram-se em remissão clínica e histológica, sendo que 63% dos pacientes sob IBP (55% dos casos) e 61% dos doentes sob corticoide deglutido (18% dos casos) estão em remissão. Verificou-se uma taxa de incumprimento terapêutico de 20%.

Conclusões

Como já descrito, a apresentação clínica da EEo varia com a idade, podendo ser inespecífica em idades mais jovens. Uma % significativa de doentes responde à terapêutica de 1ª linha. O incumprimento terapêutico "confessado" é significativo na nossa população, devendo ser proactivamente procurado antes de se assumir falência terapêutica.

Palavras-chave: Impactação alimentar, Esofagite Eosinofílica, Endoscopia digestiva alta

CO-016 – (23SPP-12585) – IMPACTO DOS TEMPOS DE CLAMPAGEM DA AORTA E DE CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPORAL NAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Patrícia Sousa[1]; Catarina Almeida[2]; Cláudia Silva[3]; Carolina Batista[3]; Jorge Casanova[4]; Augusto Ribeiro[3]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães; 2 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 3 – Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 4 – Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução e Objectivos
A circulação extracorporal (CEC) e a clampagem da aorta (CA) são inevitáveis na realização de certas cirurgias cardíacas (CC). Propusemo-nos a averiguar a associação entre a duração da CEC/CA e a ocorrência de complicações pós-cirúrgicas.

Metodologia
Estudo observacional, retrospetivo, que incluiu os doentes submetidos a CC entre 01-01-2021 e 31-12-2022 internados no Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica (SMIP). Comparada a duração de CEC/CA com as características clinico/demográficas, duração de internamento e complicações pós-operatórias (testes de Mann-Whitney e correlação de Pearson). Realizada regressão logística binária para averiguar o impacto do tempo de CEC/CA e de CC prévia na necessidade de ventilação mecânica invasiva superior a 48 horas (VMI>48h) e ocorrência de complicações, nomeadamente cardíacas (arritmias/suporte inotrópico/oxigenação por membrana extracorporal).

Resultados
Obtidos 104 doentes [51% do sexo masculino, mediana de idade 36 (8-87) meses]. A mediana de tempo de CEC foi de 94 (62-134) minutos e de CA de 58 (32-84) minutos; 22% tinham sido submetidos a CC prévia. A mortalidade foi de 1%. Tempos mais prolongados de CEC/CA associaram-se significativamente à ocorrência de complicações cardíacas (p<0,001/0,001), sépsis (p=0,014/0,072), VMI>48h (p=0,001/0,001), e a maior duração de internamento (p<0,001/0,014). Os modelos de regressão logística binária contendo o tempo de CA foram os mais precisos a prever a necessidade de VMI>48h (OR=1,018, p=0,003) e ocorrência de complicações (OR=1,033, p<0,001), particularmente cardíacas (OR=1,031, p<0,001).

Conclusões
O tempo de CA tem impacto na necessidade de VMI>48h e na ocorrência de complicações no período pós-operatório, nomeadamente cardíacas.

Palavras-chave: Circulação Extra-Corporal, Clampagem da Aorta, Complicações pós-operatórias

CO-017 – (23SPP-12609) – O PAPEL DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS PEDIÁTRICOS NUM HOSPITAL DE NÍVEL 2

Teresa Miranda[1]; Mariana Nogueira[1]; Marta Correia[1]; Hugo Faria[1]

1 – Hospital Cuf Descobertas

Introdução e Objectivos
Uma unidade de cuidados intermédios pediátricos oferece um maior acompanhamento diferenciado a doentes sem critérios evidentes para admissão em cuidados intensivos. Em Outubro de 2020 foi criada uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCICA), num hospital onde não existe Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Nos 10 meses anteriores à abertura da UCICA, tinham sido transferidos 23 doentes para UCIP. Pretendemos analisar o impacto da existência desta unidade sob o serviço de Pediatria, as patologias mais frequentes, técnicas utilizadas e taxa de transferência para UCIP.

Metodologia
Estudo retrospectivo observacional, que incluiu doentes internados na UCICA num período de 2 anos e meio.

Resultados
Foram incluídos 821 doentes, sendo 56,50% do sexo masculino. A maioria (65,4%) foi internada por patologia médica (sendo a patologia respiratória a mais frequente), 19,5% no contexto de cirurgia eletiva (escolioses, craniossinostoses, pectus) e 15,1% por cirurgias urgentes. Foi realizada sedação em 182 doentes. Estiveram sob oxigénio de alto fluxo 131 doentes e 47 sob ventilação não invasiva. Foram colocados 16 drenos torácicos pela equipa da UCICA. No período estudado, foram transferidos 6 doentes para UCIP.

Conclusões
A Unidade permitiu melhorar as condições de monitorização e terapêutica de doentes de maior gravidade, aumentou a diferenciação ao introduzir novas técnicas (suporte ventilatório não invasivo, drenos torácicos, cateteres venosos e arteriais), e reduziu significativamente as transferências para UCIP.

Palavras-chave: cuidados intermédios, cuidados intensivos, ventilação não invasiva, dreno torácico

CO-018 – (23SPP-12677) – TREINO DE REANIMAÇÃO NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR, SIMULAÇÕES CLÍNICAS E AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

Retirado a pedido do autor

CO-019 – (23SPP-12729) – PERICARDITE NUMA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Mariana Soares[1]; Patrícia Teixeira[2]; Erica Torres[3]

1 – Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; 2 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; 3 – Equipa Fixa Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica do Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução e Objectivos

A pericardite aguda (PA), entidade rara em pediatria, é uma inflamação do pericárdio, sendo a pericardite viral/idiopática a forma mais comum. Este estudo tem como objetivo caracterizar a apresentação clínica, o diagnóstico, a terapêutica e a evolução dos doentes internados com PA no Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) de um hospital terciário.

Metodologia

Estudo retrospetivo e observacional com doentes admitidos no SUP entre 2017 e 2022 com o diagnóstico de PA. Foi assegurada a proteção da privacidade e confidencialidade das informações. Utilizou-se o programa Microsoft Excel® v.2062 para a análise descritiva dos dados.

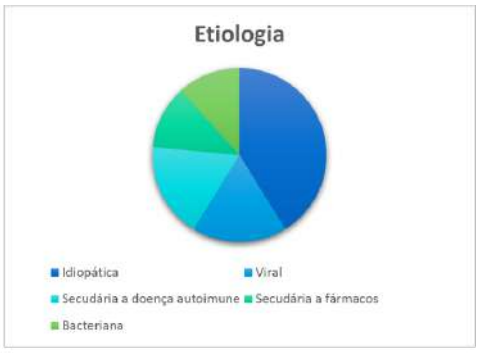
Resultados

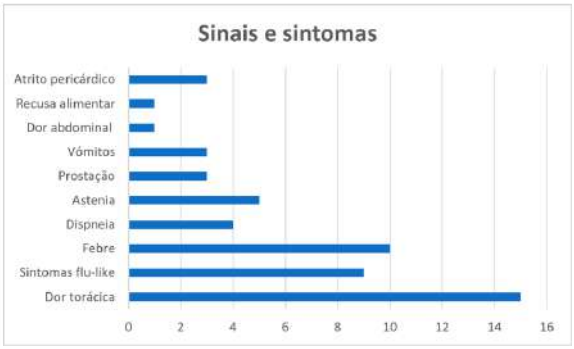
Foram identificados 17 doentes, 70,6% sexo masculino, com idade mediana de 13 anos. A PA e a miopericardite foram os diagnósticos mais frequentes. A maioria dos pacientes apresentou toracalgia (88,2%), febre (58,8%) e sintomas semelhantes aos da gripe (52,9%). Os exames complementares de diagnóstico revelaram alterações no eletrocardiograma compatíveis com PA em todos os pacientes, e o ecocardiograma transtorácico revelou derrame pericárdico em 52,9%. A causa mais comum foi idiopática (41,2%), seguida por etiologia infecciosa (29,4%) – SARS-CoV-2, entre outros, secundária a doenças autoimunes (17,6%) e secundária a fármacos (11,8%). O tratamento de primeira linha foi o ibuprofeno (70,6%). Observou-se recorrência dos sintomas em 3 pacientes (17,6%).

Conclusões

Verificou-se que a causa mais frequente é idiopática/presumivelmente viral. Foram detetados 3 casos associados a infeção SARS-CoV-2 e 2 casos secundários a fármacos. Em 41,2% dos casos ocorreu afeção concomitante do miocárdio. A recidiva não é desprezível sendo importante estudar o papel da colchicina em crianças.

Palavras-chave: Pericardite, Pericárdio, Doenças do pericárdio, Criança





CO-020 – (23SPP-12607) – SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO MECONIAL: ABORDAGEM E SEGUIMENTO NUMA UCIN NÍVEL III

Inês Silva Costa[1]; José Alarcão[2]; Ana Rodrigues Silva[2]; Raquel Henriques[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 – Maternidade Daniel de Matos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

O Síndrome de Aspiração Meconial (SAM) é uma patologia respiratória cujas orientações de abordagem mudaram ao longo dos anos, com o objetivo de diminuir a morbilidade respiratória e neurológica a longo prazo. O objetivo deste estudo foi analisar a clínica, abordagem e o seguimento dos SAM numa unidade nível III, antes e depois da revisão do Programa de Ressuscitação Neonatal de 2015 (NRPR).

Metodologia

Uma coorte retrospectiva de 15 anos de doentes com SAM foi avaliada em relação à abordagem inicial, características clínicas e vigilância do neurodesenvolvimento, antes e depois das NRPR.

Resultados

Durante o período de estudo, ocorreram 52 SAM, 51,9% (n=27) do género masculino, com idade gestacional mediana de 40 semanas (IQR 39-40) e peso médio ao nascer de 3395±503g. A entubação foi realizada em 78,8% (n=42) e a ventilação mecânica necessária em 67,3% (n=35), com duração mediana de 2 dias (IQR 1-6). As complicações agudas incluíram hipertensão pulmonar (21,2%,n=11) e pneumotórax (15,4%,n=8).

A morbilidade durante o seguimento incluiu atraso global do desenvolvimento (13,3%,n=6/45), atraso da linguagem (17,8%,n=8/41), paralisia cerebral (6,7%,n= 3/45) e broncospasmo recorrente (20,9%,n=9/43).

Nenhuma mudança significativa foi encontrada no espectro clínico ou morbilidade após as NRPR, exceto menor acidose (pH 7,0*vs*7,2;p=0,042) e menor hiperlactacidemia (6,4*vs*12,2 mmol/l;p=0,035).

Conclusões

O SAM persiste como uma patologia preocupante. Pelos nossos dados, o NRPR não apresentou inferioridade nos *outcomes* clínicos, incluindo a incidência de hipertensão pulmonar e pneumotórax, consistente com a literatura. A morbilidade tardia continua a ser um problema, no que diz respeito à paralisia cerebral e ao atraso global do desenvolvimento, à semelhança dos dados conhecidos.

Palavras-chave: Síndrome Aspiração Meconial, Neonatologia, Reanimação

Table 2 - Clinical management in the delivery group, chosen therapeutic conduct, and complications per subgroup of the Neonatal Resuscitation program

Clinical management	Before NRP	After NRP	*p*
Management in the delivery room			
Visualized Tracheal Meconium n (%)	21 (65,6%)	10 (50,0%)	0,264*
Initial Positive Pressure Ventilation n (%)	4 (12,5%)	11 (55,0)	**0,001***
Aspiration in EET and extubation n (%)	7 (21,9%)	0 (0,0%)	**0,025***
Ressuscitation with EET n (%)	22 (68,8%)	13 (65,0%)	0,779*
Therapeutics			
Mechanical ventilation n (%)	21 (65,6%)	14 (70,0%)	0,744*
Days of mechanical ventilation median (IQR)	2,0 (1,0;5,0)	5,0 (1,7;6,3)	0,145[&]
Maximum required FiO_2 (percentage) mean (SD)	63,0±6,0	54,6±5,8	0,941[#]
Nitric Oxide n (%)	5 (15,6%)	3 (15,0%)	0,952*
Surfactant administration n (%)	13 (40,6%)	7 (35,0%)	0,685*
Inotropes n (%)	1 (3,1%)	3 (15,0%)	0,118*
Therapeutic hypothermia n (%)	4 (12,5%)	1 (5,0%)	0,372*
Immediate Complications			
pH in venous blood median (IQR)	7,0 (6,9;7,2)	7,2 (7,1;7,3)	**0,042[&]**
Lactacidemia (mmol/l) mean (SD)	12,2±4,6	6,4±4,2	**0,035[#]**
Pneumothorax n (%)	5 (15,6%)	3 (15,0%)	0,768*
Hipoxico-ischemic encephalopathy n (%)	7 (21,9%)	4 (20,0%)	0,872*
Seizures n (%)	4 (12,5%)	2 (10,0%)	0,784*
Pulmonary Hypertension n (%)	4 (12,5%)	7 (35,0%)	0,053*

EET – endotracheal intubation, IQR – interquartile rate, SD – standard deviation, *Chi-Squared test, [&] Mann Whitney-U test, [#] t-test for independent samples

CO-021 – (23SPP-12767) – A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO GENÉTICO NA HIPERCOLESTEROLÉMIA FAMILIAR: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Rita Sousa[1,2]; Patrícia Lipari Pinto[1]; Patrícia Janeiro[1]; Ana Margarida Medeiros[3]; Mafalda Bourbon[3]; Ana Gaspar[1]

1 – 1. Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, Unidade de Doenças Metabólicas, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.; 2 – 2. Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.; 3 – Departamento de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal.

Introdução e Objectivos

A Hipercolesterolémia Familiar (FH) é uma doença genética, com prevalência de 1/300, caracterizada pelo aumento do colesterol LDL, e consequente desenvolvimento precoce de doença cardiovascular (DCV). Geneticamente, a FH é caraterizada pela presença de variantes nos genes *LDLR*, *APOB* e *PCSK9*. Este estudo pretende caracterizar as variações fenotípicas e genotípicas de doentes pediátricos seguidos em consulta de risco CV que realizaram estudo genético para FH.

Metodologia

Estudo retrospetivo de doentes seguidos num Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo português, entre 2003 e 2023.

Resultados

A análise incidiu sobre o registo de 67 doentes, 37 com confirmação molecular (55%) e 30 sem variante identificada. A idade mediana de referenciação foi 8 anos, 55% do género masculino. Todos tinham familiares em 1º grau com hipercolesterolemia, 55% com DCV precoce. Em 34 doentes foi identificada variante no gene *LDLR* (92%), em 2 no *APOB* e 1 no *PCSK9*. Num doente foi identificada heterozigotia composta (*LDLR*). Identificaram-se, consequentemente, 51 familiares com variante patogénica. Nos doentes com confirmação molecular, o valor médio de colesterol total foi 292mg/dL e 225mg/dL de LDL, destes 54% iniciaram terapêutica. A atorvastatina foi o fármaco mais usado, sem efeitos adversos. Novas abordagens foram utilizadas, em doentes resistentes à terapêutica, em função do genótipo particular.

Conclusões

Do presente estudo destaca-se a importância de considerar as características fenotípicas e história familiar na abordagem diagnóstica da hipercolesterolemia, sendo o estudo genético na idade pediátrica custo efetivo, permitindo a identificação familiar, seguimento e tratamento adequados.

Palavras-chave: Hipercolesterolémia Familiar, Pediatria, Risco Cardiovascular, Estudo Genético FH

CO-022 – (23SPP-12895) – APOIO DOMICILIÁRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS: QUE IMPACTO NA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS HOSPITALARES

Joana Pereira Mendes[1]; Ana Margarida Penacho[2]; Bárbara Gomes[2,3]; Bárbara Oliveiros[4,5]; Cândida Cancelinha[1,6]

1 – Equipa Intra-Hospitalar e Domiciliária de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Serviço de Pediatria Médica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 3 – Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King´s College London, Inglaterra; 4 – Laboratório de bioestatística e informática Médica, FMUC; 5 – Instituto de investigação clínica e biomédicas de Coimbra; 6 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução e Objectivos

Em Portugal, o apoio domiciliário por equipas de cuidados paliativos pediátricos (CPP) é escasso e a literatura sobre o seu impacto praticamente inexistente.

Objetivo: Avaliar o impacto do apoio domiciliário prestado por Equipa Domiciliária de Suporte CPP (EDSCPP) na utilização do serviço de urgência (SU) e internamento num hospital universitário.

Metodologia

Estudo de coorte retrospetivo de crianças (1-17 anos) com doença crónica complexa (DCC), acompanhadas entre 2017 e 2022, comparando os 12 meses pré e pós acompanhamento por EDSCPP (utilização SU e internamentos incluindo unidade de cuidados intensivos – UCI). Procedemos à análise estatística ($p<0,05$), através do SPSS v.28.

Resultados

Incluímos 58 crianças (52 % masculino, idade mediana 11 anos, 64% doenças neurológicas/neuromusculares). Nos 12 meses pós, verificou-se diminuição de internamentos ($p=0,013$), diminuição da sua duração mediana (22 vs 13 dias; $p=0,005$) e redução global de dias de internamento (2217 vs 513). Em UCI não houve redução significativa de admissões, mas aumentou o número de internamentos eletivos no período pós (29% vs 86%; $p=0,013$) e reduziu a duração mediana (13 vs 2 dias; $p=0,025$). Apesar da redução global no número de admissões no SU (71 vs 48), não houve diferença significativa no número de admissões por criança, embora com aumento de altas para domicílio (56% vs 75%; $p=0,038$).

Conclusões

Este é o primeiro estudo nacional conhecido sobre o impacto deste apoio nas admissões em SU e internamento. O envolvimento de equipas domiciliárias pode contribuir para a redução do número de internamentos e diminuição da sua duração, incluindo em UCI. Estas são informações relevantes para a implementação de novos programas de saúde que priorizem a prestação de CPP em Portugal.

Palavras-chave: Doença crónica complexa, Cuidados paliativos pediátricos, Apoio domiciliário, admissões hospitalares

CO-023 – (23SPP-12656) – TRANSIÇÃO PARA A VIDA ADULTA DE JOVENS COM PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO E DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

Mariana Sousa Santos[1]; Inês Viegas[1]; Miguel Lucas[1,2]; Margarida Henriques[1]; Ester Pereira[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria; 2 – Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução e Objectivos
A transição para a vida adulta é desafiante nas perturbações do neurodesenvolvimento, envolvendo várias áreas.
Pretendeu-se caracterizar a transição para a vida adulta na saúde, educação/ocupação e apoios sociais.

Metodologia
Estudo transversal de uma amostra de jovens com perturbação do espetro do autismo (PEA) e do desenvolvimento intelectual (PDI) seguidos em consulta, com alta por idade entre jan/17 e dez/20.
Entrevista telefónica e consulta do processo clínico.
Análise estatística no SPSS®.

Resultados
Amostra de 31 jovens, 20 (65%) do sexo masculino com idade média de 21,9 anos. Destes, 6 (19%) tinham o diagnóstico de PEA e 29 (94%) de PDI. A transição de cuidados de saúde foi feita para os cuidados de saúde primários em 16 (52%) e para cuidados hospitalares de adultos em 15 (48%), tendo 2 tido alta em menos de 12 meses. Relacionou-se com a transição para cuidados hospitalares fazer medicação crónica (p=0,003).
Encontravam-se a estudar 7 (23%), mais de metade (55%) em cursos profissionais. Trabalhavam 11 (35%), a quase totalidade (91%) de forma remunerada. Dos restantes 13, 11 (85%) passavam o dia em Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e 2 (15%) em casa.
Cerca de 45% realizava alguma terapia.
Beneficiavam de apoios da Segurança Social 17 (55%), sendo a realização de terapias mais comuns nestes (p=0,035). Dos que não tinham bonificações, a maioria estava a trabalhar (p=0,009).

Conclusões
Quase metade dos jovens manteve necessidade de seguimento hospitalar, denotando a complexidade da patologia.
Mais de metade estudava ou trabalhava, sendo que a quase totalidade dos que trabalhavam era remunerada. Dos restantes, a maioria passava o dia em CAO.
A maioria tinha uma fonte de rendimento, quer por apoios sociais, quer por trabalho remunerado.

Palavras-chave: vida adulta, perturbação do espetro do autismo, perturbação do desenvolvimento intelectual

CO-024 – (23SPP-12756) – CARACTERIZAÇÃO DAS PRIMEIRAS CONSULTAS DE DESENVOLVIMENTO NUM HOSPITAL GRUPO I

Constança Magalhães[1]; Bárbara Querido Oliveira[1]; Catarina Pinto Da Costa[1]; Catarina Espírito Santo[1]; Paula Afonso[1]; Isabel Bretes[1]; Cristina Didelet[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução e Objectivos
As perturbações do neurodesenvolvimento (ND) são das patologias crónicas mais prevalentes em pediatria e com tendência a aumentar nas últimas décadas, constituindo um dos motivos do elevado tempo de espera para primeira consulta.
Objetivo: Caracterizar as primeiras consultas de ND, num hospital de Grupo I, com ênfase no tempo de espera e nas estratégias implementadas.

Metodologia
Estudo retrospetivo descritivo de 321 registos de primeiras consultas realizadas por quatro Pediatras dedicadas ao ND em 2022, excluindo 39 com seguimento prévio.

Resultados
Incluídas 281 crianças, 187 (67%) sexo masculino, referenciadas principalmente dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (49,8%).
A média do tempo de espera para primeira consulta foi de 10 meses. Confirmou-se patologia do desenvolvimento em 91% das crianças, 43% com comorbilidade em ND. Prevaleceram as seguintes patologias: Perturbação da fala e linguagem (n = 149), Perturbação da hiperatividade e défice de atenção (n= 80), Perturbação da aprendizagem (n= 51) e Perturbação do espetro do autismo (n = 49).
Cento e vinte (43%) não tinham iniciado qualquer intervenção.
Neste contexto, a consulta de ND do CHBM, no âmbito da Unidade Coordenadora Funcional, iniciou sessões de formação dirigidas aos CSP, alertando para os recursos existentes na comunidade. Centraram-se na otimização da referenciação à Intervenção Precoce, eventual início de Terapias específicas de intervenção, sensibilização para a implementação do DL 54/2018 junto dos equipamentos escolares e preenchimento de formulários para apoio social.

Conclusões
Acreditamos que a partilha de conhecimento entre cuidados hospitalares e CSP permitirá o início precoce de estratégias de intervenção, fundamental para que as crianças alcancem o máximo potencial em ND.

Palavras-chave: Neurodesenvolvimento, Primeira consulta, Intervenção Precoce

CO-025 – (23SPP-12889) – O IMPACTO DO TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA DURANTE A GRAVIDEZ NA QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA: UM ESTUDO UNICÊNTRICO

Raquel Palha Martins[1]; Miguel Lince Duarte[1]; Mariana Bravo[1]; Ana Cláudia Almeida[1]; Ana Manuela Silva[1]; Marlene Areias[2]; Alexandra Pedruco[1]; Joana Almeida[1]; Joana Amaral[1,2]; Carla Cecília Nunes[3]; Filipe Palavra[1,4,5]

1 – Centro de Desenvolvimento da Criança – Neuropediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra; 2 – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra; 3 – Serviço de Neurologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra; 4 – Laboratório de Farmacologia e Terapêutica Experimental, Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra; 5 – Centro Académico Clínico de Coimbra, Coimbra

Introdução e Objectivos

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença com maior incidência em mulheres em idade fértil. A terapêutica na gravidez é desafiante, pois o conhecimento dos potenciais riscos para as crianças é limitado. O objetivo deste estudo foi analisar o impacto dos tratamentos modificadores da doença (TMDs) usados pelas mães durante a gravidez, na qualidade de vida das crianças, considerando uma coorte de doentes acompanhadas no nosso centro.

Metodologia

Foram avaliados filhos (idade > 2 anos) de mulheres tratadas com TMDs durante a gravidez, comparando-se com controlos emparelhados para a idade e para o género. Foi utilizada a versão portuguesa do Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ).

Resultados

Incluíram-se 86 gestações, de 69 mulheres expostas a TMDs e 86 crianças. Os resultados das subescalas do SDQ foram (estudo vs controlo): 86.0% vs 88.5% sintomas emocionais (p=0.613); 87.2% vs 87.5% problemas de comportamento (p=0.953); 91.9% vs 88.5% hiperatividade (p=0.454); 96.5% vs 89.6% problemas de relacionamento com colegas (p=0.070); e 100% vs 100% comportamento pró-social.

Conclusões

Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre as classificações das subescalas SDQ da amostra e dos controlos. Estes resultados sugerem que os TMDs não parecem ter impacto na qualidade de vida da criança exposta in utero, ainda que a maioria das doentes tenha sido tratada com TMDs de primeira linha e mais de metade tenha descontinuado o tratamento no primeiro trimestre da gestação. O estudo sugere que a exposição a TMDs, na EM, durante o início da gravidez, não parece ter efeito negativo na qualidade de vida da criança, pelo menos na nossa coorte. Mais estudos serão necessários para melhor caracterização desta situação clínica.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla

CO-026 – (23SPP-12803) – PAPEL DA OXIGENAÇÃO CEREBRAL E ABDOMINAL NA INFLAMAÇÃO ASSOCIADA À APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO – RESULTADOS PRELIMINARES

Rosario Ferreira[1,2]; Andreia Descalço[1]; Ana Margarida Silva[1]; Ângela Drago[1]; Ângela Martins[1]; Teresa Bandeira[1,2]

1 – Laboratório Pediátrico de Sono e Ventilação, Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Introdução e Objectivos

A hipoxia do tecido adiposo condiciona a ativação de vias inflamatórias, havendo evidência de que constitui mecanismo na génese das complicações metabólicas da apneia obstrutiva do sono (AOS).
OBJETIVO: avaliar a oxigenação regional cerebral e abdominal em crianças com AOS e a associação com mediadores de inflamação.

Metodologia

MÉTODOS: incluídas sequencialmente crianças referenciadas a Laboratório Pediátrico de Sono, que concordaram com participação: análise demográfica; caracterização do sono: questionário, polissonografia (PSG); avaliação da oxigenação tecidular: monitorização abdominal e cerebral por *Near Infrared Spectroscopy* (NIRS); avaliação analítica (AA) metabólica e de inflamação: glucose, insulina, PCR, IL-6 e INF-g.

Resultados

RESULTADOS: 22 crianças, mediana(M_d) idade 9(5;16) anos, 15 sexo masculino, 6 com obesidade/excesso de peso. PSG: IAH (M_d) 0 (0;47,4), SpO_2 média 97,3% (dp0,84), ID M_d 0 (0;36,6); 6 com AOS (5 ligeira, 1 grave). NIRS: cerebral (c-rSpO_2) 77,38 (dp10,69), abdominal (a-rSPO_2) 81,14 (dp10,75. AA: glicémia 80,86(dp 5,8), insulina 7,35 (dp9,48), HOMA 1,49 (dp1,94), PCR 0,075 (dp0,068), INF-g 0,14 (dp0,14), IL6 2,9 (dp 2,77). Correlação: IAH/PCR 0,8, IAH/ INF-g 0,95, IAH/IL6 0,16; correlação c-rSpO_2/PCR 0,48, c-rSpO_2/INF-g 0,58, c-rSpO_2/IL6 -0,16, a-rSpO_2/PCR 0,23, a-rSpO_2/INF-g – 0,14, a-rSpO_2/IL6 0,042. O reduzido número de crianças com AOS não permite a análise diferenciada.

Conclusões

DISCUSSÂO: Os resultados sugerem correlação entre o IAH e PCR e IAH e INF-g. A continuação do estudo poderá melhorar a definição da relação entre a oxigenação cerebral e abdominal e a inflamação.

Palavras-chave: Apneia obstrutiva do sono, Oxigenação tecidular, Inflamação

CO-027 – (23SPP-12557) – DISCINÉSIA CILIAR PRIMÁRIA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL NÍVEL III

Ana Moura Figueiredo[1,2]; Mariana M. Anjos[1,2]; Sofia Ferreira[2]; Teresa Reis Silva[2]; Miguel Félix[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.;
2 – Unidade Pneumologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

Introdução e Objectivos
A discinésia ciliar primária (DCP) é uma doença autossómica recessiva caracterizada por alteração dos cílios. A maioria dos doentes tem tosse produtiva persistente. O diagnóstico apoia-se na demonstração de alterações ultraestruturais dos cílios e sua dismotilidade, fatores como o FeNO e score PICADAR, sendo o diagnóstico genético confirmatório. Objetivo: descrever achados clínicos e imagiológicos de doentes com DCP.

Metodologia
Estudo retrospetivo descritivo com análise dos processos clínicos de doentes seguidos em Pneumologia Pediátrica com DCP.

Resultados
Identificaram-se 8 doentes com diagnóstico de DCP, 87,5% do sexo masculino, mediana de idades ao diagnóstico de 3 anos. Todos realizaram exames de imagem, 5 com alterações (bronquiectasias e/ou atelectasias). Dos 5 doentes que realizaram provas de função respiratória, 3 tinham alterações. Analisando o score PICADAR: 6 doentes eram recém-nascidos de termo, 6 foram admitidos em UCIN, 3 com situs inversus, 5 apresentavam rinite persistente perene e 5 sintomas auditivos, nenhum tinha cardiopatia congénita. A probabilidade de DCP de acordo com o score variou entre 0,8-98,7%. Todos realizaram estudo genético, 7 com diagnóstico confirmado. Dos doentes com microscopia eletrónica, 3 tinham alterações (1 sem confirmação genética). Todos os doentes estão sob terapêutica (50% sob antibioterapia profilática) e reabilitação respiratória.

Conclusões
O espectro clínico na DCP é variável, trazendo grandes desafios para o seu diagnóstico e tratamento, sobretudo na ausência de situs inversus. Atualmente, não existe nenhuma terapêutica específica para a DCP. Um diagnóstico precoce, a instituição de medidas que previnam as infeções respiratórias e o seu tratamento eficaz são essenciais para evitar a deterioração da função pulmonar.

Palavras-chave: Discinésia Ciliar Primária, Pediatria, Pneumologia

CO-028 – (23SPP-12623) – SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA EM IDADE PEDIÁTRICA – REALIDADE DE UMA CONSULTA DE REFERÊNCIA

Rita Moutinho[1]; Rosário Ferreira[1,2]; Lia Oliveira[1,2]

1 – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2 – Laboratório Pediátrico de Estudos de Sono e Ventilação, Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica – Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

Introdução e Objectivos
A sonolência diurna excessiva (SDE) é definida como dificuldade em manter-se alerta em situações em que seria esperado que o estivesse, ou desejo exacerbado de dormir durante o dia. É um sintoma subdiagnosticado e mal interpretado em idade pediátrica, com impacto negativo no desenvolvimento, segurança e saúde global. Pretende-se caracterizar os casos referenciados a consulta de patologia pediátrica do sono de um hospital terciário por SDE (motivo primário).

Metodologia
Estudo descritivo e retrospetivo, num período de cinco anos (2017-2021). Consulta de base de dados interna da consulta e de processo clínico. Divisão em 3 grupos: G1(0-5anos), G2(6-9anos) e G3(10-18anos). Análise estatística através de Excel®.

Resultados
SDE representou 5,7% do total de consultas (509), com maioria dos doentes do género masculino (17; 58,6%) e mediana de idades de 9(5-17) anos. G1 foi o menos representativo (1 crianças), com igual número de crianças em G2 e G3 (14). A maioria não faz sesta (18;62,1%) e, dos 11(37,9%) que fazem, a maioria encontra-se no G3. O sono insuficiente e a fragmentação do sono foram as principais causas apuradas, destacando-se a má higiene do sono (20,7%) e a patologia respiratória do sono (13,7%), como principais diagnósticos; 4(13,7%) doentes apresentaram aumento da necessidade de sono (3 com narcolepsia e 1 hipersónia idiopática). O exame mais solicitado foi a polissonografia (PSG) (12;41,2%), seguindo-se a PSG com teste de latências múltiplas (7;24,1%). Onze doentes (37,9%) abandonaram a consulta.

Conclusões
A SDE tem igual prevalência na criança mais velha e nos adolescentes, sendo estes últimos aqueles que mais procuram mais mitigar este sintoma, através de sestas; uma boa higiene de sono é fundamental na prevenção e tratamento da SDE.

Palavras-chave: Sonolência diurna excessiva, hiperssónia, privação de sono

CO-029 – (23SPP-12671) – FOLLOW-UP RESPIRATÓRIO NA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE (DMD): PRÁTICA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO VS RECOMENDAÇÕES EUROPEIAS

Manuela Lopes[1]; Raquel Penteado[2]; Núria Madureira[2]; Miguel Félix[2]

1 – Serviço de Cardiologia Pediátrica e Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas – Hospital Pediátrico, Coimbra, Portugal; 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica – Hospital Pediátrico, Coimbra, Portugal

Introdução e Objectivos

A DMD é uma doença que causa fraqueza muscular progressiva conduzindo a insuficiência respiratória. Este estudo comparou o *follow-up* respiratório de crianças/adolescentes com DMD na consulta de Pneumologia num hospital pediátrico terciário com as recomendações europeias atuais.

Metodologia

Estudo retrospetivo de doentes com <18 anos com DMD, seguidos entre jan/2020 e dez/2022. Foram distribuídos em 3 grupos de acordo com a capacidade ambulatória: G1-com marcha; G2-sem marcha precoce; G3-sem marcha tardio.

Resultados

20 doentes do sexo masculino: 5 no G1; 8 no G2 e 7 no G3. Os dados demográficos, exames complementares e intervenções são apresentados na Tabela1.

Observou-se que a realização de provas funcionais respiratórias não esteve dentro dos intervalos recomendados, com realização de 2 do G1. As intervenções de manobras de recrutamento alveolar ou tosse assistida também ficaram fora do alvo recomendado, sendo que nenhum doente tinha iniciado manobras e apenas 1 do G2 iniciou tosse assistida.

A vacinação contra infeções respiratórias nem sempre foi realizada: cumpriram vacina da gripe anual 2 no G1, 3 no G2, 3 no G3; vacina anti-pneumocócica conjugada 4 no G1, 3 no G2, 6 no G3; e vacina anti-pneumocócica polisacarídica 1 no G1, 3 no G2, 4 no G3.

Por outro lado, a prática hospitalar seguiu critérios mais rigorosos para a realização de estudo poligráfico do sono (EPS), tendo sido realizados EPS além das recomendações: 4 no G1, 6 no G2, e todos os doentes realizaram no G3.

Conclusões

A promoção da melhoria respiratória e qualidade de vida dos doentes com DMD é o foco. Para colmatar as falhas presentes, é importante não só a atualização da prática clínica, o seguimento das recomendações atuais de forma crítica, mas também a monitorização do seu cumprimento.

Palavras-chave: distrofia, Duchenne, insuficiência respiratória, follow-up, guidelines

Tabela 1. Características demográficas e clínicas de acordo com os grupos G1, G2 e G3

	G1 (n = 5)	G2 (n = 8)	G3 (n =7)
Idade de diagnóstico em anos - mediana (IQR)	4.0 (2.5-6.5)	3.0 (1.3-4.0)	3.0 (2.0-5.0)
Idade em jan/2023 em anos - mediana (IQR)	11.0 (7.5-13.5)	15.0 (12.3-16.8)	14.0 (11.0-16.0)
Idade na perda da marcha em anos - mediana (IQR)	NÃO APLICÁVEL	10.5 (9.3-11.0)	11.0 (8.0-12.0)
Tempo de seguimento em anos - mediana (mín-máx)	4.0 (2.0-7.0)	7.5 (0.0 -14.0)	9.0 (6.0-12.0)
Obesidade - n	1.0	3.0	3.0
Submetido a adenoamigdalectomia - n	1.0	0.0	3.0
Tratamento com atalureno - n	1.0	2.0	3.0
Exames complementares			
CVF anual - n	2.0	NÃO APLICÁVEL	
CVF semestral - n	NÃO APLICÁVEL	0.0	0.0
PIM semestral - n		0.0	0.0
PEM semestral - n		0.0	0.0
PCF semestral - n		0.0	0.0
SpO2 semestral - n		2.0	6.0
petCO2 semestral - n		1.0	3.0
EPS (realizado **Vs** recomendado) - n	4.0 **Vs** 3.0	6.0 **Vs** 5.0	7.0 **Vs** 6.0
EPS anual (se 1º alterado)	0.0	0.0	0.0
Intervenções			
Manobras de recrutamento alveolar (realizado **Vs** recomendado) - n	NÃO APLICÁVEL	0.0 **Vs** 4.0	0.0 **Vs** 4.0
Tosse assistida (realizado **Vs** recomendado) - n		1.0 **Vs** 3.0	0.0 **Vs** 3.0
VNI noturno (realizado **Vs** recomendado) - n		3.0 **Vs** 7.0	4.0 **Vs** 7.0
VNI diurno (realizado **Vs** recomendado) - n		NÃO APLICÁVEL	0.0 **Vs** 3.0
Vacinação - n			
Gripe anual	2.0	3.0	3.0
PCV13	3.0	2.0	2.0
PCV7	1.0	1.0	4.0
PPSV23	1.0	3.0	4.0

IQR: Intervalo Interquartil; CVF: capacidade vital forçada; PIM: pressão inspiratória máxima; PEM: pressão expiratória máxima; PCF: *peak cough flow*; SpO2: saturação periférica de oxigénio; petCO2: pressão expiratória final de dióxido de carbono; EPS: estudo polissonográfico do sono; VNI: ventilação não invasiva; PCV13/7: vacina conjugada pneumocócica 13/7-valente; PPSV23: vacina polisacarídica pneumocócica

CO-030 – (23SPP-12739) – CONSULTA DE TUBERCULOSE INFANTIL NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA – IDENTIFICAR PARA INFORMAR

Joana Branco[1]; Inês Pereira[1]; Teresa Rodrigues[2]; Teresa Bandeira[3,4]; Luísa Pereira[3,4]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN; 2 – Serviço de Pneumologia, CHULN; 3 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN; 4 – Clínica Universitária de Pediatria, FMUL

Introdução e Objectivos

A Tuberculose (TB) é a doença infeciosa mais letal a nível mundial. A redução da incidência é uma prioridade da Organização Mundial de Saúde e estudos pragmáticos são fundamentais para tomada de decisões. O objetivo deste trabalho é caracterizar os casos de crianças referenciados ao Centro Diagnóstico Pneumológico Dr. Ribeiro Sanches (CDP RS), que atende a população pediátrica de Lisboa e Vale do Tejo.

Metodologia

Revisão das fichas clínicas de crianças com idade < 16 anos, referenciadas durante 4 anos (1/9/2018 -31/8/22) ao CDP RS.

Resultados

Foram atendidas 671 crianças [idade mediana 5 anos (mín 10 dias; máx 15 anos)], maioria do sexo feminino [351(52,0%)] e com BCG [499(74,4%)]; 595 (88,67%) referenciadas por exposição a TB. O tempo médio entre o diagnóstico do caso índice e a consulta foi 2 meses; 100% das quais com contacto conhecido: um dos pais em 175(29,4%). Em 343(57,6%) casos índices evidenciou-se nacionalidade/ viagens frequentes para um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Das 595 exposições a TB, 75(12,6%) crianças fizeram quimioprofilaxia, 161(27,0%) tratamento para TB infeção, 55(9,2%) para TB ativa e 304(51,0%) apresentaram rastreio negativo. O tempo médio de seguimento foi de 4 meses, tendo-se registado 34(5%) abandonos. Destes, 24(70,5%) correspondeu a crianças a quem foi proposto tratamento de TB infeção com Isoniazida durante 9 meses.

Conclusões

Este estudo identificou que a origem/viagem para países de elevada prevalência de TB está presente em mais de 50% dos casos índice, e praticamente metade das crianças expostas tiveram uma intervenção terapêutica. Discute-se a implementação de rastreio ativo destas populações e se a adesão ao tratamento da TB infeção/ ativa pode ser melhorado com esquemas mais curtos, igualmente eficazes.

CO-031 – (23SPP-12976) – IMPACTO DOS MODULADORES DA CFTR NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DE CRIANÇAS COM FIBROSE QUÍSTICA

Beatriz Andrade[1]; Mariana Nunes[1]; Carolina Constant[2,3]; Luísa Pereira[2,3]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro de Referência de Fibrose Quística, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Introdução e Objectivos

Dados nacionais da eficácia dos moduladores da CFTR (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*) são ainda escassos. Objetivo: avaliar o efeito dos moduladores da CFTR [lumacaftor/ ivacaftor (LUMA/IVA) e ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor (IVA/TEZA/ ELEXA)] em outcomes clínicos de crianças com Fibrose Quística.

Metodologia

Colheita retrospetiva de dados [função pulmonar (FP), índice de massa corporal (IMC), nº internamentos] de crianças sob moduladores da CFTR do nosso centro. Reunidos dados antes do início da terapêutica, às 12-24 e 48 semanas de tratamento de três grupos: LUMA/IVA (grupo O), IVA/TEZA/ELEXA (grupo K) e IVA/TEZA/ELEXA após período sob LUMA/IVA (grupo OK).

Resultados

Identificámos 32 doentes; grupo O 11 crianças [idade média início (IMI) 6,7A], grupo K 8 crianças (IMI 12,4A), grupo OK 13 crianças (IMI 10,4A). Quanto à FP, a média de valor de FEV1(%p) basal/às 12-24sem/ após 48sem foi: grupo O 101,7/96,5/94,4; grupo K 77/96,5/106; grupo OK pré-LUMA/IVA 76,5; pré-IVA/TEZA/ELEXA 78,6; às 12-24sem 98,8; após 48sem 99,8. Para o IMC (Kg/m2), valor basal/após 24-48sem, grupo O 15,4/15,9; grupo K 17,8/20,1; grupo OK 16,4/19,7. A média do nº de internamentos no ano anterior ao início da terapêutica foi: grupo O 0,18; grupo K 0,25; grupo OK pré-LUMA/IVA 0,54; pré-IVA/ TEZA/ELEXA 0,23. Nenhum dos doentes foi internado no ano seguinte. Dois casos de aumento das transaminases e dois de *rash* autolimitado com LUMA/IVA, dois casos de elevação das transaminases e um de ansiedade e depressão que levou à interrupção do tratamento com IVA/ELEXA/TEZA.

Conclusões

Com o início dos moduladores da CFTR houve melhoria clínica global e ausência de internamentos. Os efeitos adversos foram *minor* e autolimitados.

Palavras-chave: Moduladores CFTR, Fibrose quística, função respiratória, índice de massa corporal, crianças

CO-032 – (23SPP-12813) – FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM DOENTES PEDIÁTRICOS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

João Sousa Marques[1]; Inês Silva Costa[1]; Inês Paiva Ferreira[2]; Inês Costa[3]; Sara Mosca[4]; Liane Correia-Costa[4]; Teresa Costa[4]; Maria Sameiro Faria[4]; Conceição Mota[4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 4 – Unidade de Nefrologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução e Objectivos

A doença renal crónica (DRC) associa-se a elevada morbilidade cardiovascular (CV), sendo o seu reconhecimento atempado de vital importância prognóstica.

Pretendeu-se avaliar a prevalência de fatores de risco (FR) CV em crianças/adolescentes com DRC.

Metodologia

Análise retrospetiva de doentes com DRC estadio 3-5, seguidos num centro terciário. Recolhidos dados demográficos e clínicos: etiologia DRC, antropometria, pressão arterial, exames laboratoriais. FRCV considerados: obesidade, HTA, dislipidemia, diabetes e FR não tradicionais – urémicos (anemia, hiperparatiroidismo, hipoalbuminemia, hiperfosfatemia e proteinúria).

Resultados

Incluídos 61 doentes (69% sexo M), idade média 13±1anos; 66% CAKUT; 46% estadio 4/26% estadio 5. Verificou-se que 85% ≥1FR tradicional e 67% ≥ 2FR não tradicionais. Quatro doentes eram obesos; 31% HTA e 61% dislipidemia; FR não tradicionais: 25% proteinúria nefrótica; 16% hipoalbuminemia, 25% anemia, 57% hiperparatiroidismo, 15% hiperfosfatemia. Doentes com DRC mais avançada tinham significativamente mais FR tradicionais e FR urémicos.

Doentes hipertensos (13*vs*11anos,*p*=0,024) e com hiperfosfatemia (14*vs*11anos,*p*=0,042) eram mais velhos, enquanto que os com dislipidemia, eram mais jovens (11*vs*14anos,*p*<0,001).

Etiologia glomerular associou-se a níveis de HDL (61*vs*47*vs*45,*p*=0,021) e LDL (125*vs*98*vs*108,*p*=0,024) mais elevados e de albumina menos elevados (3,5*vs*4,5*vs*4,4,*p*=0,005). Doentes em estadio 5 tinham níveis de albumina mais baixos (3,9*vs*4,4*vs*4,5,*p*=0,011) e PTH mais alta (278*vs*163*vs*112,*p*=0,003).

Conclusões

Verificou-se alta prevalência de FRCV, sobretudo tradicionais, destacando-se a necessidade de orientações específicas para rastreio e abordagem destes, retardando a progressão da DRC e o risco de morbimortalidade CV.

Palavras-chave: Doença renal crónica, Doença cardiovascular, Fatores de risco, Pediatria

CO-033 – (23SPP-12857) – ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL

Sofia Ramos Lopes[1]; Beatriz Vieira De Sá[2,3]; Ana Barbosa Rodrigues[3]; Filipa Durão[3]; Patrícia Costa Reis[3]; Ana Rita Sandes[3]; José Esteves Da Silva[3]

1 – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria; 3 – Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal Pediátrica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

Introdução e Objectivos

A doença renal crónica em idade pediátrica está associada a elevada morbilidade e mortalidade. O transplante renal é a terapêutica de eleição para o estadio 5, com um ganho significativo na esperança média de vida. No seguimento do doente crónico, é importante a avaliação e promoção da qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes submetidos a transplante renal.

Metodologia

Estudo transversal com recurso à aplicação do questionário KIDSCREEN-52, validado para a língua portuguesa, aplicado a crianças e adolescentes com idade entre os 8 e 18 anos submetidos a transplante renal e seguidos num centro de referência (autorrelato). Também foi aplicada a versão do questionário aos cuidadores (heterorrelato). Recolheram-se dados demográficos e clínicos. Foi realizada análise estatística descritiva e análise exploratória de dados.

Resultados

Vinte indivíduos participaram no estudo (56% dos doentes seguidos com esta faixa etária); 60% do sexo masculino, 50% CAKUT, 20% glomerulopatias, 20% doenças hereditárias renais, 35% transplante renal *pre-emptive*. À data do questionário, 31% com TFGe <60mL/min/1,73m2. Os resultados obtidos pelo auto e heterorrelato foram sobreponíveis. As crianças e adolescentes transplantados renais tinham uma qualidade de vida relacionada com a saúde significativamente menor em todos os domínios, quando comparada aos valores publicados para a mesma faixa etária na população Portuguesa e Europeia (Tabela 1).

Conclusões

As crianças e adolescentes submetidas a transplante renal apresentaram menor qualidade de vida relacionada com a saúde do que os seus pares, pelo que é imprescindível implementar estratégias para a melhorar.

Palavras-chave: Doença Renal Crónica, Transplante renal, Qualidade de vida relacionada com a saúde, KIDSCREEN-52

	Europa			Portugal			Amostra		
Dimensões	**N**	**M**	**DP**	**N**	**M**	**DP**	**N**	**M**	**DP**
Saúde e atividade física									
A	11067	66,54	19,52	3065	71,68	17,58	19	45,67	12,09
H	15696	72,08	17,75	2182	80,96	14,68	16	45,88	10,03
Sentimentos									
A	11213	75,23	19,08	3111	80,08	19,88	19	49,58	9,05
H	15777	74,94	15,40	2115	80,96	14,68	18	51,42	9,64
Estado de humor geral									
A	11150	76,24	18,19	3019	76,86	19,19	20	47,51	8,47
H	15723	81,38	13,39	2131	81,25	15,87	17	45,44	9,84
Sobre si próprio									
A	11211	68,39	22,22	3085	73,61	18,22	20	50,00	10,77
H	15816	76,72	16,75	2147	77,46	16,04	18	47,32	9,95
Tempo livre									
A	11216	70,36	21,71	3082	76,46	20,95	20	53,33	11,51
H	15897	75,32	18,01	2137	79,21	17,65	18	52,12	11,66
Família e ambiente familiar									
A	11121	77,91	20,28	3092	80,10	19,84	19	49,78	9,68
H	15709	77,70	15,60	2106	83,66	14,89	19	52,30	13,20
Questões económicas									
A	11052	74,38	19,45	3100	74,21	27,15	20	48,41	14,07
H	15595	66,71	25,57	2140	71,10	25,27	19	55,42	7,89
Amigos									
A	11113	67,24	20,47	3058	77,04	19,73	20	47,96	12,99
H	15485	67,93	18,09	2061	71,05	18,61	17	49,65	14,11
Ambiente e aprendizagem escolar									
A	11062	89,24	16,36	3100	69,64	20,11	20	52,17	8,33
H	15697	69,43	17,87	2111	73,24	16,81	18	47,86	16,34
Provocação									
A	11204	70,92	26,72	3144	79,98	22,05	20	55,60	8,14
H	15871	88,43	15,15	2117	80,70	20,59	18	49,81	10,63

A – Auto-relato; H – Hetero-relato; N – número de participantes; M – média dos resultados; DP – Desvio Padrão. Os dados da população portuguesa foram descritos no artigo Gaspar & Matos, 2008 e os dados europeus no artigo Ravens-Sieberer *et al.*, 2006.

CO-034 – (23SPP-12645) – EVOLUÇÃO DAS DILATAÇÕES PIELOCALICIAIS SEM CAUSA IDENTIFICADA AO LONGO DE 10 ANOS

Inês Barros Rua[1]; Marta Machado[1]; Carolina Cordinhã[1]; Carmen Do Carmo[1]; Clara Gomes[1]

1 – Unidade de Nefrologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Ambulatória, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

O seguimento das dilatações pielocaliciais (DPC) permanece discutível, já que o seu significado é incerto, são frequentemente transitórias e por vezes não traduzem verdadeira patologia. O objetivo foi avaliar a evolução das DPC sem causa identificada.

Metodologia

Estudo retrospetivo, descritivo, de crianças/adolescentes seguidas em consulta por DPC, cuja primeira avaliação ocorreu entre 2009-2013.

Resultados

Foram incluídos 64 doentes, 80% do sexo masculino. Na admissão, mediana de idades de 3,4anos(2M-17A), dimensões médias de 12,4 mm (SD 5,6), 47(73%) unilaterais (79% no RE) e 76,5% com diagnóstico pré-natal (DPN). Foram divididos em 3 grupos: DPC <10mm (grupo A, n=21), 10-15mm (B, n=30) e >15mm (C, n=13). A caracterização demográfica, clínica e evolução são apresentadas na tabela. As DPC de maiores dimensões (grupo C) estiveram associadas a maior necessidade e duração da profilaxia, infeções do trato urinário (ITUs) mais frequentes, litíase renal, diminuição da espessura do parênquima e nefropatia cicatricial. Foi neste grupo que ocorreu o único caso de doença renal crónica (DRC; estadio 2). Os doentes do grupo A não desenvolveram hipertensão arterial (HTA), proteinúria ou litíase renal. No entanto, cerca de 43% tiveram ITUs, 57% necessitou de profilaxia (em média durante 12,7 meses) e 14,3% desenvolveu nefropatia cicatricial. A evolução para resolução foi mais frequente e mais precoce, no grupo A.

Conclusões

Tal como expectável, a maioria das DPC ocorre no sexo masculino, são unilaterais e têm DPN. As de maiores dimensões (>15 mm) estiveram associadas a maior número de complicações (ITUs, litíase, diminuição da espessura do parênquima e nefropatia cicatricial) e evolução mais lenta para a resolução.

Palavras-chave: dilatação pielocalicial, infeção urinária, litíase renal, nefrologia, pediatria

	Grupo A (n=21) DPC <10 mm	Grupo B (n=30) DPC 10-15 mm	Grupo C (n=13) DPC >15 mm
Sexo masculino (n | %)	14 | 66,7%	27 | 90%	10 | 77%
Idade anos (mediana | AIQ)	2,1 | 1,9	1,9 | 2,7	3,2 | 3,1
DPC inicial mm (média | SD)	7,1 | 1,5	12,3 | 1,7	20 | 6,9
Unilaterais (n | %)	13 | 61,9%	25 | 83,3%	9 | 69,2%
DPN (n | %)	14 | 66,7%	26 | 86,6%	9 | 69,2%
Profilaxia (n | %)	12 | 57,1%	23 | 76,7%	11 | 84,6%
Duração média (meses)	12,7	15,6	28,9
ITU (n | %)	9 | 42,9%	7 | 23,3%	6 | 46,1%
Nº médio	2,1	1,1	3,7
HTA (n | %)	0 | 0%	1 | 3,3%	0 | 0%
Proteinúria (n | %)	0 | 0%	1 | 3,3%	0 | 0%
Litíase renal (n | %)	0 | 0%	1 | 3,3%	3 | 23%
Diminuição da espessura do parênquima (n | %)	3 | 14,3%	4 | 13,3%	6 | 46,1 %
Alteração diferenciação parenquimo-sinusal (n | %)	1 | 4,8%	0 | 0%	1 | 7,7%
Nefropatia cicatricial (n | %)	3 | 14,3%	0 | 0%	3 | 23,1%
DRC (n | %)	0 | 0%	0 | 0%	1 | 7,7%
Seguimento até resolução ou pelo menos 10 anos (n | %)	12 | 57,1%	18 | 60%	8 | 61,5%
-Resolução (n | %)	8 | 66,7%	7 | 38,9%	3 | 37,5%
-Tempo médio até resolução– 1ªconsulta a resolução (anos)	1,8	3,9	3,4
-Idade média na data da resolução	3,5	8,4	7,2

CO-035 – (23SPP-12873) – PEDIATRIC RENOVASCULAR HYPERTENSION: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT ORIENTATION

Brenda Maria Toro[1]; Luísa Lobo[2]; Carla Simão[3]

1 – Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 – Serviço de Imagiologia Geral, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.; 3 – Área de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Introdução e Objectivos
Reports indicate that renovascular disease as a cause of secondary pediatric hypertension likely accounts to 8 to 10% of markedly elevated blood pressure cases. This study aims to bring a detailed, uptodate picture of this disease, contributing to diagnosis and management orientation.

Metodologia
Pediatric patients with renovascular hypertension assessed at a level III hospital between 2018 and 2023 were included. Oral informed consent was obtained. Data on demographics, clinical characteristics, diagnosis strategies, patient management approaches and outcomes was collected and a descriptive analysis was made using Microsoft Excel® v.2306.

Resultados
Seventeen patients were included (59% females). Median age at the time of diagnosis was 11 years. Eight patients (47%) exhibited end-organ damage, seven of which improved overtime (88%). Renal ecodoppler provided etiology clues in 88% of patients and CT/MRI angiography was performed in 76%. One patient was performed diagnostic and therapeutic angiography. Renal artery stenosis was the most common etiology (59% of cases). All patients required hypotensive therapy and surgical intervention was performed in seven (41%). Adequate blood pressure was achieved in 13 patients (76%) and medical treatment was reduced over time in eight (47%), maily after invasive treatment.

Conclusões
Renovascular disease is often a serious condition causing secondary pediatric hypertension, which is a major cardiovascular risk factor. Renal ecodoppler and TC/MRI angiography are first line exams that allow timely diagnosis and contribute to positive outcomes. A multidisciplinary approach has proven to be effective in controlling blood pressure and improving end organ damage.

Palavras-chave: Childhood hypertension, Diagnosis, Renovascular hypertension, Cardiovascular risk, Management

CO-036 – (23SPP-12697) – SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EM CRIANÇAS E JOVENS: SÉRIE DE CASOS DE 13 ANOS DE UM HOSPITAL PORTUGUÊS NÍVEL II

Rita Ribeiro Martins[1]; Joana Lage[1]; Madalena Carvalho[1]; Teresa Ferreira[1]; Marta Cabral[1]

1 – Serviço de Pediatria (Direção: Dra Helena Loureiro), Departamento da Criança e do Jovem (Direção: Dra Graciete Bragança), Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução e Objectivos
O Síndrome Antifosfolípido (SAF) é uma doença autoimune, rara em pediatria, caracterizada por eventos trombóticos associados à presença de anticorpos antifosfolípidos. Objetivo: descrever o SAF em idade pediátrica num Hospital nível II.

Metodologia
Estudo retrospetivo e descritivo, entre 2010 e 2023, dos casos de SAF que cumpriam os critérios da última Classificação de Sapporo. Análise de dados: *Microsoft Excel* ®.

Resultados
Incluídos 9 doentes, 67% feminino. Mediana de idades ao diagnóstico: 15 anos.
Três casos manifestaram-se como trombose arterial (acidente vascular cerebral isquémico), 6 como trombose venosa periférica e 1 como tromboembolismo pulmonar. Analiticamente: 6 apresentaram anticoagulante lúpico, 3 anticorpo B2-glicoproteína IgG e 4 anticorpo anti-cardiolipina IgG positivos. 1 criança apresentou os 3 anticorpos antifosfolípidos positivos. Todos considerados SAF primário e iniciaram anticoagulação. 2 crianças suspenderam anticoagulação após apresentarem um período superior a 1 ano com anticorpos negativos; os restantes mantiveram anticorpos positivos até à última avaliação.
1 caso com reincidência de eventos trombóticos após o início do seguimento.
Destaca-se 1 caso de Síndrome Antifosfolipído Catastrófico (CAPS), com choque séptico aos 17 dias de vida, no contexto de enterocolite necrotizante. Evolução até aos 24 meses com múltiplos internamentos, trombose da veia renal e enfartes isquémicos cerebrais associados à presença de anticorpos antifosfolípidos.

Conclusões
Embora raro em pediatria, o SAF é uma doença potencialmente grave. É fundamental considerar este diagnóstico na presença de trombose pelo que se apela à sua investigação em fase aguda. Destaca-se o diagnóstico célere, sendo um fator prognóstico importante para uma evolução clínica favorável.

Palavras-chave: Trombose, Síndrome Antifosfolípido

CO-037 – (23SPP-13044) – RISCO DE MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS EM GRÁVIDAS COM DOENÇAS REUMÁTICAS IMUNOMEDIADAS MEDICADAS COM HIDROXICLOROQUINA

Daniela Santos Oliveira[1,2]; Marta Caldas[3]; Mariana Pedro[3]; Rafaela Nicolau[4]; Tiago Beirão[5]; Francisca Guimarães[6]; Francisca Aguiar[7,8]; Sara Ganhão[7,8]; Mariana Rodrigues[7,8]; Nádia Martins[4]; Anabela Rocha[9]; Sofia Monteiro[9]; Iva Brito[7,8]

1 – Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 2 – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal; 3 – Serviço de Pediatria, Unidade de Caldas da Rainha do Centro Hospitalar do Oeste, Caldas da Rainha; 4 – Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal; 5 – Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Gaia, Portugal; 6 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal; 7 – Unidade de Reumatologia Pediátrica e Jovem Adulto, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 8 – Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; 9 – Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

Introdução e Objectivos

A hidroxicloroquina (HCQ) é um fármaco antimalárico utilizado no tratamento de doenças reumáticas imunomediadas (DRI). Recomenda-se mantê-lo durante a gravidez para evitar agudizações da DRI e prevenir complicações (pré-eclâmpsia e recorrência de bloqueio auriculoventricular fetal). Contudo, os estudos de avaliação do risco de malformações congénitas em recém-nascidos (RN) de mães sob esta terapêutica são escassos e controversos. O objetivo deste estudo é descrever a existência de malformações congénitas em RN de mães com DRI sob HCQ durante a gravidez.

Metodologia

Foi realizado um estudo de coorte retrospetivo incluindo grávidas com DRI e seguidas em consulta externa de Obstetrícia-DRI em 2021-22. As grávidas foram classificadas em 2 grupos: "sem HCQ" e "com HCQ". As malformações congénitas diagnosticadas durante os primeiros 90 dias pós-parto foram registadas.

Resultados

Um total de 62 grávidas com DRI, 21 medicadas com HCQ, foram incluídas. Observou-se um total de 6(9.7%) malformações congénitas, das quais 3 ocorreram em RN de mães sob HCQ (máximo 5 mg/kg/dia). Em ambos os grupos as malformações mais comuns foram as cardíacas. Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita ao número e tipo de malformações. Nenhum RN necessitou de unidade de cuidados intensivos. Não ocorreram casos de LES neonatal e mortes neonatais nos primeiros 28 dias pós-parto (Tabela 1).

Conclusões

Os nossos resultados sugerem não existir um risco acrescido de malformações congénitas associado ao uso da HCQ durante a gravidez. A HCQ é fundamental para diminuir o risco de complicações materno-fetais em grávidas com DRI, pelo que se preconiza manter esta terapêutica sempre que possível, considerando o risco-benefício.

Palavras-chave: doença reumática imunomediada, hidroxicloroquina, malformações congénitas

Tabela 1

Variável	Total N=62	Grávidas sem HCQ n=41	Grávidas com HCQ n=21	Pvalue
Idade (anos), média (DP)	33.4±5.2	33.6±5.6	33.2±5.1	NS
Duração de DRI até conceção (meses), média (DP)	82.3±78.8	83.1±72.9	80.9±91.1	NS
Comorbilidades concomitantes (Sim), n (%)	12(19.4)	5(12.2)	7(33.3)	NS
Medicação concomitante (Sim), n (%)				
Corticoide oral	40(64.5)	27(65.9)	13(61.9)	NS
DMARD convencional	18(29.0)	13(31.7)	5(23.8)	NS
DMARD biológico	16(64.5)	16(39.0)	0	<0.001
Malformações congénitas, n (%)	6(9.7)	3(7.3)	3(14.2)	NS
Tipo de DRI, n		Artrite reumatoide: 1 Artrite psoriática:1 Sarcoidose: 1	LES: 2 Síndrome de Sjogren: 1	-
Tipo de Malformação, n				
Malformação do sistema nervoso central: microcefalia	1	-	1	NS
Malformações cardíacas: insuficiência valvular, persistência da veia cava superior, foramen ovale patente e comunicação interventricular muscular	4	2	2	
Malformação genitourinária: criptorquidia	1	1	-	

CO-038 – (23SPP-12768) – APPLICABILITY OF KAWASAKI DISEASE'S SCORING SYSTEMS IN THE PORTUGUESE PEDIATRIC POPULATION – A RETROSPECTIVE STUDY

Inês Teles Figueiredo[2]; Mariana F. Teixeira[2]; Catarina Ferreira Nunes[3]; Joana Suarez[1]; Marta Conde[2]; Francisca Costa[3]; Guilherme Lourenço[1]; Rita Valsassina[2]; Fátima Pinto[1]; Catarina França Gouveia[2]

1 – Hospital de Santa Marta – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa; 2 – Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa; 3 – Hospital Fernando da Fonseca

Introdução e Objectivos

A doença de Kawasaki (DK) é a principal causa de doença cardíaca adquirida em crianças nos países desenvolvidos. Existem *scores* para prever resistência à IgIV e o desenvolvimento de dilatação/aneurismas coronários (CAA), não estando porém validados na população portuguesa. Pretende-se avaliar a capacidade preditiva dos *scores* nessa população (multiétnica, não asiática).

Metodologia

Estudo de coorte retrospetivo, observacional, não interventivo, em doentes internados em 2 hospitais em Lisboa, de 2013-2023. Da literatura selecionaram-se 8 *scores* (Harada, Kobayashi, Egami, Formosa, Sano, Tang, Uptodate, Kawanet).

Resultados

Incluíram-se 82 doentes, 57% do sexo masculino, 80,5% com DK completa. A mediana de idades (em meses) foi 19 [2-129], sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos de doentes com CAA ou falência à IgIV. Todos realizaram IgIV em 1º linha e 23% (19/82) terapêutica adjuvante concomitante com corticoide. Observou-se resistência à IgIV em 14,6% (12/82) e CAA em 46% (38/82).66,7% (8/12) dos doentes com resistência à IgIV teve CAA. Na análise das curvas ROC os melhores *scores* a prever a resistência a IgIV foram Kawanet, Harada e Kobayashi e para o desenvolvimento CAA foram UpToDate, Kobayashi e Kawanet (AUC >0,60). O *score* mais sensível a prever resistência e o desenvolvimento de CAA foi o Harada (91,7%; 90,9%), os mais específicos a prever resistência e o desenvolvimento de CAA foram Kawanet (77,8%) e UpToDate (97,4%), respetivamente.

Conclusões

Os melhores *scores* são o Uptodate (desenvolvimento de aneurismas) e o Kawanet (resistência à IgIV). Como limitações apontamos: tamanho amostral, omissão de dados, utilização concomitante de corticoide em 23% dos doentes e as limitações inerentes a um estudo retrospetivo com apenas 2 centros.

Palavras-chave: Kawasaki disease, coronary aneurysm, IVIG resistance, Kobayashi, Harada

CO-039 – (23SPP-12948) – INFECÇÃO CONGÉNITA POR CMV: ESTUDO RETROSPETIVO DE 10 ANOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO

Mafalda Félix Cabral[1]; Nina Berdianu[1]; Rita Côrte-Real[2]; Rita Valssassina[3]; Catarina Gouveia[3]

1 – Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Laboratório de Biologia Molecular, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3 – Unidade Infecciologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução e Objectivos

A infeção congénita por CMV (cCMV) é a principal causa não genética de surdez neurossensorial. Pretende-se caracterizar a cCMV e sequelas associadas.

Metodologia

Estudo longitudinal retrospetivo observacional de lactentes com cCMV (Agosto/2013 – Maio/2023) num hospital terciário. O método de referência para o diagnóstico foi a detecção molecular, PCR em tempo real, na urina nas primeiras 3 semanas de vida.

Resultados

Identificados 79 lactentes, idade entre 1 e 59 dias (mediana 6; IQR 1-24), 55,7% meninas. Diagnóstico por deteção molecular (urina 93,7%; sangue 6,3%). Características maternas: mediana 31 anos (IQR 27-36), 35,4% primíparas. Infeção pré-natal em 51,9%, terapêutica na gestação em 24,1% (destas 52,6% com filhos sintomáticos). Em relação aos lactentes: 27,8% assintomáticos; 49,4% sintomáticos (9 omissos) e 59,5% com doença, grave (41,8%), moderada (7,6%) e ligeira (11,4%). Os sintomas mais frequentes foram icterícia (15,2%) e alterações neurológicas (13,9%), com aumento das transaminases (16,5%) e anemia (15,2%). Alterações na ecografia transfontanelar em 54,4% e na RM-CE em 59,1%. Terapêutica com valganciclovir em 68,4% (64,8% sintomáticos). Sequelas em 26,6%: surdez (12,7%) e alterações do DPM (20,3%). Sem diferença significativa nas sequelas nos doentes sob valganciclovir (29,6%) e não tratados (21,7%). Contudo, 75% das sequelas nos tratados ocorreram na doença grave, condicionando a avaliação. Avaliação adequada em Oftalmologia (91,2%) e sequencial em ORL (88,6%) e Desenvolvimento (49,4%).

Conclusões

A nossa coorte inclui uma percentagem elevada de cCMV sintomática, sob terapêutica, pela referenciação e inexistência de rastreio universal. Estes dados condicionam o diagnóstico maioritário dos casos sintomáticos, com implicação no prognóstico e sequelas.

Palavras-chave: infecção congénita por CMV (cCMV), citomegalovírus, sequelas de CMV congénito

CO-040 – (23SPP-12563) – PREDICTING EFFECTIVENESS OF THE V114 VACCINE 2+1 REGIMEN AGAINST INVASIVE PNEUMOCOCCAL DISEASE IN A PEDIATRIC POPULATION

Josiah Ryman[1]; Jessica Weaver[2]; Ka Lai Yee[1]; Jeffrey R. Sachs[1]; João Romano[3]

1 – Quantitative Pharmacology and Pharmacometrics, Merck & Co., Inc, Rahway, NJ, USA; 2 – Center for Observational and Real-World Evidence, Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA; 3 – MSD Portugal

Introdução e Objectivos

Pneumococcal conjugate vaccines' (PCVs) strength of immune response across each serotype, as measured by antibody concentrations, varies by vaccine and may be reduced by increasing valency. Therefore, because clinical trials for novel PCVs lack efficacy endpoints, it is important to assess the impact of these vaccines by predicting their effectiveness against invasive pneumococcal disease (IPD).

To predict the serotype-specific effectiveness of V114 against IPD in a European Union (EU) pediatric population given a 2+1 regimen using a previously qualified method.

Metodologia

The first step was to estimate serotype-specific protective antibody concentrations (Cp) for each serotype in PCV13. Using serotype-specific antibody concentrations after primary series vaccination with placebo and PCV13 (in an EU pediatric population administered a 2+1 regimen), reverse cumulative distribution curves (RCDCs) were generated. These were combined with the known serotype-specific vaccine effectiveness values of PCV13 to estimate serotype specific Cp values. The second step predicted the vaccine effectiveness for each serotype using these Cp value estimates and the RCDCs of serotype-specific antibody concentrations (after primary series vaccination with placebo and V114).

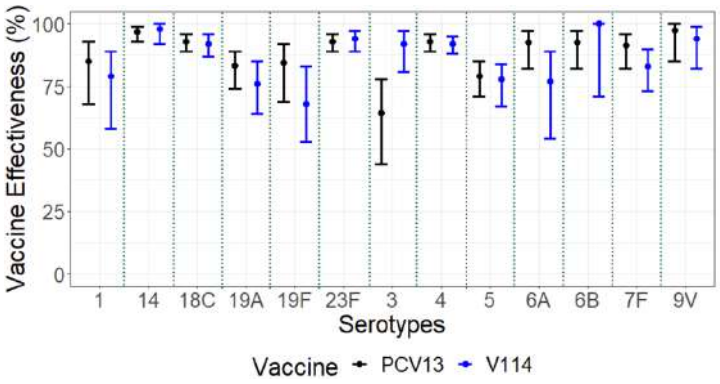
Resultados

Observed and predicted vaccine effectiveness against IPD shown in figure (attached).

Conclusões

V114 serotype-specific effectiveness against IPD in an EU pediatric population (administered in a 2+1 dosing regimen) was predicted to be similar for most of the shared serotypes with PCV13, greater for serotype 3, and lower against the less common serotypes 6A and 19F.

Palavras-chave: Invasive Pneumococcal Disease, Vaccination



CO-041 – (23SPP-12714) – AUTOMEDICAÇÃO, CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE ANTIBIOTERAPIA EM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Marisa Sousa[1,2]; Mariana Assis Rocha[1,2]; Luís Paulino[1]; Telma Ferreira[1]; Felícia Volosciuc[1]; Rodrigo Raposo Dos Santos[1]; Ana Matos Coronha[1]; Beatriz Morgado Da Cunha[1]; Ana Sofia Pena[1]; Hugo Bento De Sousa[1]; Fátima Freitas Santos[1]; Mariana Anete Mira[1]; Virgínia Carreiras[1]; Rita Rodrigues[3]; Mariana Santos[3]; Mafalda Silva[3]; Sara Cândido[3]; Lúcia Gonçalves[4]; Teresa Cardoso[4]; Mariana Couto Domingues[5]; Carolina Restrepo[5]; Cláudia Mourato Silva[5]; Catarina Ferreira[5]; José Rosário[6]; Maria Inês Marques[6]; Ana Videira[7]; Raquel Andrade[7]; Raquel Calçada Ferreira[7]; António Hermenegildo[8]; Inês Teixeira[8]; Natalia Kotovska[9]

1 – USF Samora Correia-ACES-Estuário do Tejo (ACES-ET); 2 – As autoras contribuíram de igual forma para o trabalho, sendo considerada co-primeira autoria; 3 – USF Gago Coutinho-ACES-ET; 4 – USF Albirka Tejo-ACES-ET; 5 – USF Villa Longa-ACES-ET; 6 – USF Reynaldo dos Santos-ACES-ET; 7 – USF Lusitano-ACES-ET; 8 – USF Terras de Cira-ACES-ET; 9 – USF Vila Presépio-ACES-ET

Introdução e Objectivos

Os antibióticos são dos fármacos mais usados na patologia respiratória aguda pediátrica, apesar da maioria ser de etiologia viral e autolimitada. Assiste-se ainda à prática da automedicação (administração de medicação) às crianças por parte dos pais, incluindo antibioterapia (ATB).

Pretende-se analisar o conhecimento/atitudes dos pais de crianças <12 anos, pertencentes à população do ACES-ET, sobre ATB para o tratamento de infeções respiratórias aos seus filhos e a prática da automedicação sujeita ou não sujeita a receita médica (MSRM ou MNSRM).

Metodologia

Estudo multicêntrico observacional, descritivo, transversal (aplicação de inquéritos durante 2 meses em 8 USF). Amostragem por conveniência: pais de crianças <12anos que compareçam à Consulta de Saúde Infantil. Critérios de Inclusão: >18anos, compreensão da língua portuguesa e ausência de deficiência mental/cognitiva; Exclusão: analfabetismo ou nunca ter sido prescrito antibiótico ao filho. Participação voluntária (consentimento informado) em Inquérito validado com dados sociodemográficos, estado de saúde e crenças/atitudes sobre ATB. Análise quantitativa/qualitativa dos dados preliminares apresentados (1 mês de estudo, n=222) efetuada no *SPSS®*. Parecer favorável da C. Ética-ARSLVT.

Resultados

A automedicação foi praticada por 54.8% dos inquiridos, sendo 38.7% MSRM (maioria por acesso fácil, Fig.1A) e destes apenas 1,4% foi ATB. O cumprimento das recomendações na administração de ATB prescritos atingiu ~100% (Fig.1B).

Indivíduos com maior nível de escolaridade/profissões diferenciadas demonstram atitudes/conhecimentos mais consistentes sobre ATB.

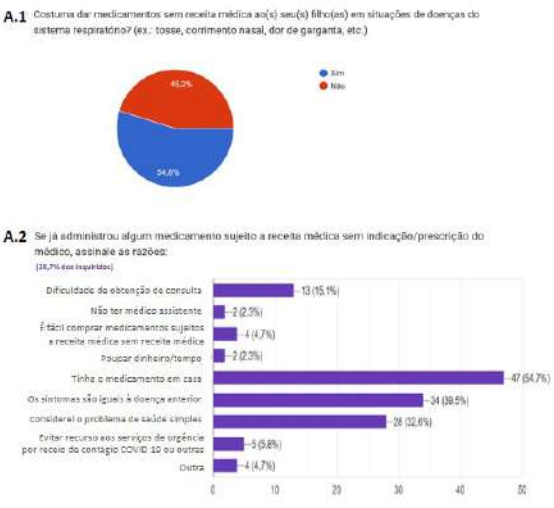
Conclusões

A adoção de estratégias de prescrição racional de antibióticos e a promoção da literacia em saúde devem ser uma preocupação fundamental dos serviços de saúde.

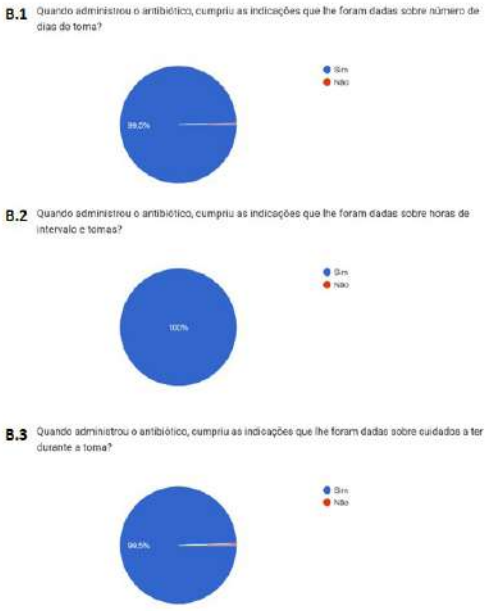
Palavras-chave: Patologia Respiratória Aguda, Antibioterapia, Automedicação, Conhecimento/Atitudes dos Pais, Prescrição Racional

FIGURA 1

A – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO (AUTOMEDICAÇÃO)



B – CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES NA ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIOTERAPIA



CO-042 – (23SPP-12544) – THE MUCOSAL TRAINED IMMUNITY-BASED VACCINE MV130 REDUCES RRTIS AND ANTIBIOTIC UPTAKE IN PAEDIATRIC POPULATIONS

Laura Conejero[1]; Ana Cogollo[1]; Karla Montalbán[1]; Patricia Girón De Velasco[1]; Raquel Caballero[1]; Miguel Casanovas[1]; José Luis Subiza[1]

1 – Inmunotek S.L.

Introdução e Objectivos

Background: Respiratory tract infections account for the most common cause of illness and mortality in children. Herein, antibiotic overuse has generated an increase in multidrug resistance. However, antibiotics continue to be the standard care for these infections. Thus, the development of alternative preventive strategies has become a priority. **Aim:** MV130 falls within the novel concept of mucosal Trained Immunity-based Vaccine (TIbV). It is composed of whole heat-killed bacteria, and it has been shown to confer heterologous protection against both viruses and bacteria through the induction of innate immune training. The ability of MV130 to reduce recurrent respiratory tract infections (RRTIs) and antibiotic consumption across different paediatric age groups was evaluated.

Metodologia

Methods: A multicentre retrospective cohort of 186 children from 6 months to 17 years of age suffering from RRTIs were evaluated for their number of infectious episodes and antibiotic courses consumption 12 months prior and 12 months following MV130 sublingual immunisation.

Resultados

Results: MV130 significantly reduced the number of infections both in the upper (from a median of 5.0 [interquartile range (IQR), 4.0-6.0] to 1.0 [IQR, 0.0-2.0]), and the lower (from a median of 5.0 [IQR, 4.0-6.0] to 2.0 [IQR, 1.0-3.0]) airways (p<0.0001). Antibiotic consumption was also significantly reduced from a median of 4 (IQR, 3.0-5.0) to 0.0 (IQR, 0.0-1.0) courses (p<0.0001). Both infectious episodes and antibiotic courses decreased by more than 50% in all the assessed aged groups: infants and toddlers, children, and adolescents.

Conclusões

Conclusion: MV130 is an effective strategy in the prevention of RRTIs and the reduction of antibiotic uptake in paediatric populations of all age groups.

Palavras-chave: Vaccination, Children, recurrent respiratory tract infections

CO-043 – (23SPP-12584) – OTITE MÉDIA AGUDA (OMA) NA IDADE PEDIÁTRICA – CUMPRIMENTO DA NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) NA PRÁTICA CLÍNICA

Mariana Cortez Ferreira[1]; Filipa Inês Cunha[2]; Patrícia Rocha[2]; Catarina Oliveira Pereira[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução e Objectivos

A Norma da DGS para orientação da OMA na pediatria define critérios específicos para a prescrição inicial de antibiótico (PIAb), recomendando uma atitude expectante inicial nos restantes casos. Pretende-se avaliar o cumprimento da Norma na prática clínica.

Metodologia

Estudo de coorte retrospetivo dos casos de OMA num hospital de nível II entre jan/21-dez/22. Foi avaliado o cumprimento da Norma e realizados 2 estudos (Tabela 1): 1) Sem critério para PIAb – Observação inicial (Obs_i) *vs.* Antibiótico inicial (Atb_i) e 2) Com critério para PIAb – Obs_i *vs.* Atb_i.

Resultados

Foram identificadas 777 OMA: 431 casos (55%) com cumprimento da Norma *vs.* 346 casos com incumprimento (97% por PIAb sem critério). Estudo 1) Houve 141 casos no grupo Obs_i e 334 no grupo Atb_i, sem diferença na idade ou sexo. A duração mediana do quadro até observação no serviço de urgência (SU) foi superior no grupo Atb_i (p<0,001), sendo que estas crianças tiveram mais febre (p<0,001) e recorreram mais ao SU (p=0,004). Não houve complicações.
Estudo 2) Ocorreram 12 casos no grupo Obs_i e 290 no grupo Atb_i, com idade média superior no grupo Atb_i (p=0,013). A OMA recorrente (p=0,001) e bilateral <2A (p=0,008) foram mais frequentes no grupo Obs_i e ninguém voltou ao SU, embora 3 crianças tenham feito antibiótico por prescrição retardada. Houve 2 casos de otomastoidite aguda no grupo Atb_i.

Conclusões

A Norma da DGS foi cumprida na maioria dos casos e quase todos os casos de incumprimento tiveram PIAb sem critério. A febre e quadros mais arrastados pareceram propiciar a antibioterapia na ausência de critério. Por outro lado, a OMA recorrente e bilateral <2A foram os critérios mais vezes ignorados, verificando-se na maioria resolução sem antibiótico. O incumprimento da Norma não se associou a mais complicações.

Palavras-chave: Otite média aguda, Norma DGS, Prescrição inicial de antibiótico, Observação inicial

Tabela 1 – Estudo comparativo entre Observação inicial (Obsi) vs. Antibiótico inicial (Atbi)

	Sem critério para antibiótico inicial (Estudo 1)			Com critério para antibiótico inicial (Estudo 2)		
	Obs_i (n=141)	Atb_i (n=334)	p valor	Obs_i (n=12)	Atb_i (n=290)	p valor
Características gerais						
Idade - média ± DP [anos]	5,14 ± 3,61	5,30 ± 3,96	0,690	2,00 ± 0,71	4,13 ± 0,64	**0,013**
Sexo masculino - n (%)	69 (49%)	167 (50%)	0,832	7 (58%)	152 (52%)	0,687
Características clínicas						
Duração do quadro - mediana (min-max) [dias]	0 (0-14)	2 (0-14)	**<0,001**	1,5 (0-5)	2 (0-21)	0,997
Otalgia - n (%)	120 (85%)	260 (78%)	0,071	7 (58%)	197 (68%)	0,534
Febre - n (%)	32 (23%)	170 (51%)	**<0,001**	9 (75%)	114 (39%)	**0,017**
OMA bilateral - n (%)	10 (7%)	32 (10%)	0,383	9 (75%)	85 (29%)	**0,002**
OMA há < 30 dias - n (%)	4 (3%)	11 (3%)	1,000	2 (17%)	33 (11%)	0,637
Ida prévia ao SU - n (%)	0 (0%)	22 (7%)	**0,004**	0 (0%)	35 (12%)	0,450
Duração até regresso - mediana (min-max) [dias]	-	2 (1-6)	-	-	2 (0-10)	-
Critério para antibiótico *ad initio* - n (%)						
Quadro clínico grave - n (%)	-	-	-	0 (0%)	8 (3%)	0,624
OMA bilateral < 2 anos - n (%)	-	-	-	7 (58%)	63 (22%)	0,006
Otorreia - n (%)	-	-	-	2 (17%)	214 (74%)	**<0,001**
OMA recorrente - n (%)	-	-	-	6 (50%)	29 (10%)	0,001
Persistência/agravamento dos sintomas às 48-72h - n (%)	-	-	-	0 (0%)	27 (9%)	0,603
Prescrição de receita suspensa - n (%)	**41 (29%)**	**3 (1%)**	**<0,001**	**4 (33%)**	**1 (0,3%)**	**<0,001**
Compra do antibiótico - n (%)	19 (46%)	2 (67%)	0,607	3 (75%)	1 (100%)	1,000
Duração até compra - mediana (min-max) [dias]	0 (0-15)	0 (0)	0,228	0 (0-4)	0 (0)	1,000
Complicações						
Otomastoidite aguda - n (%)	-	-	-	0 (0%)	2 (0,7%)	1,000

CO-044 – (23SPP-12583) – PRESCRIÇÃO INICIAL E RETARDADA DE ANTIBIÓTICO NA OTITE MÉDIA AGUDA (OMA) NA PEDIATRIA – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Mariana Cortez Ferreira[1]; João Filipe Nico[2]; Cátia Granja[2]; Catarina Oliveira Pereira[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução e Objectivos

A OMA é o principal motivo de antibioterapia em pediatria. Contudo, a Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) preconiza uma atitude expectante nos casos não complicados.

Pretende-se analisar a evolução dos doentes com OMA e avaliar o uso de receita suspensa.

Metodologia

Estudo de coorte retrospetivo dos casos de OMA num hospital de nível II entre jan/2021-dez/2022. Foram criados 2 grupos (I. Observação inicial vs. II. Antibiótico inicial) e analisados os casos com receita suspensa.

Resultados

Identificaram-se 777 OMA: 190 (grupo I) e 587 (grupo II) (Tabela 1). A duração mediana do quadro até observação no serviço de urgência (SU) foi superior no grupo II (p<0,001), sendo mais frequente a presença de febre (p=0,009), otorreia (p<0,001) e OMA bilateral <2A (p=0,008). A otalgia (p=0,011) e repetidas idas ao SU (p=0,004) foram mais comuns no grupo I, sendo que 59 crianças (31%) acabaram por cumprir antibioterapia. A amoxicilina foi mais prescrita no grupo I (p<0,001). A ofloxacina tópica (p<0,001) e amoxicilina/AC (p=0,002) foram mais frequentes no grupo II.

Foram encontradas 49 (6%) prescrições retardadas de antibiótico, sendo que 25 (51%) foram aviadas numa mediana de 0 dias (0-15). A amoxicilina foi o antibiótico mais prescrito.

Conclusões

A prescrição inicial de antibiótico foi mais frequente nos quadros mais arrastados e com febre. A maioria das crianças com otorreia ou OMA bilateral <2A cumpriu antibiótico *ab initio* respeitando os critérios da DGS.

A atitude expectante inicial associou-se a maior recurso ao SU e cerca de 1/3 destas crianças necessitou de antibiótico.

A receita suspensa foi uma opção em poucos doentes e muitos levantaram no 1º dia após ida ao SU. Contudo, esta opção permitiu reduzir o recurso à antibioterapia em quase 50%, sem registo de complicações.

Palavras-chave: Otite média aguda, Prescrição inicial de antibiótico, Observação inicial, Prescrição retardada de antibiótico, Norma DGS

Tabela 1 – Características da amostra global e comparação entre o Grupo I (Observação inicial) e Grupo II (Antibiótico inicial)

	Todos (n=777)	Grupo I (n=190)	Grupo II (n=587)	*p* valor
Características gerais				
Idade - média ± DP [anos]	4,78 ± 4,00	4,85 ± 3,64	4,76 ± 4,11	0,793
Sexo masculino - n (%)	395 (51%)	100 (53%)	295 (50%)	0,569
Características clínicas				
Duração do quadro - mediana (min-max) [dias]	1 (0-21)	1 (0-21)	2 (0-14)	**<0,001**
Otalgia - n (%)	584 (75%)	156 (82%)	428 (73%)	**0,011**
Febre - n (%)	325 (42%)	64 (34%)	261 (44%)	**0,009**
Otorreia - n (%)	216 (28%)	9 (5%)	207 (35%)	**<0,001**
Otorragia - n (%)	8 (1%)	1 (0,5%)	7 (1%)	0,687
OMA bilateral - n (%)	136 (18%)	27 (14%)	109 (19%)	0,169
OMA bilateral < 2 anos - n (%)	70 (9%)	8 (4%)	62 (11%)	**0,008**
OMA recorrente - n (%)	35 (5%)	7 (4%)	28 (5%)	0,531
OMA há < 30 dias - n (%)	50 (6%)	8 (4%)	42 (7%)	0,151
Múltiplas idas ao SU - n (%)	57 (7%)	23 (12%)	34 (6%)	**0,004**
Duração até regresso - mediana (min-max) [dias]	2 (0-10)	2 (1-8)	2 (0-10)	0,820
Prescrição de receita suspensa - n (%)	**49 (6%)**	**45 (24%)**	**4 (0,7%)**	**<0,001**
Compra do antibiótico - n (%)	25 (51%)	22 (49%)	3 (75%)	0,610
Duração até compra - mediana (min-max) [dias]	0 (0-15)	0 (0-15)	0 (0)	0,155
Antibiótico* - n (%)	**646 (83%)**	**59 (31%)**	**587 (100%)**	**<0,001**
Tópico - n (%)	100 (15%)	5 (8%)	95 (16%)	0,119
Oral - n (%)	569 (88%)	55 (93%)	514 (88%)	0,201
Endovenoso - n (%)	2 (0,3%)	0 (0%)	2 (0,3%)	0,671
Amoxicilina - n (%)	512 (79%)	51 (86%)	461 (79%)	**<0,001**
Amoxicilina/Ácido clavulânico - n (%)	48 (7%)	3 (5%)	45 (8%)	**0,002**
Azitromicina - n (%)	2 (0,3%)	0 (0%)	2 (0,3%)	0,671
Ceftriaxone - n (%)	2 (0,3%)	0 (0%)	2 (0,3%)	0,671
Cefuroxima-axetil - n (%)	5 (0,8%)	1 (2%)	4 (0,7%)	1,000
Ciprofloxacina - n (%)	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,2%)	0,292
Claritromicina - n (%)	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,2%)	0,292
Neomicina + Polimixina B gotas auriculares- n (%)	3 (0,5%)	1 (2%)	2 (0,3%)	0,569
Ofloxacina gotas auriculares - n (%)	97 (15%)	4 (7%)	93 (16%)	**<0,001**
Complicações				
Otomastoidite aguda - n (%)	2 (0,3%)	1 (0,5%)	1 (0,2%)	0,430

*25 crianças fizeram uma associação de antibióticos (tópico + oral)

CO-045 – (23SPP-13037) – CARATERIZAÇÃO CLÍNICA E SOCIODEMOGRÁFICA DAS ADMISSÕES NOTURNAS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA (SUP)

Pedro Mota Reis[1]; Ana Teresa Gil[2]; Lia Gata[2]; Fernanda Rodrigues[1,2]

1 – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2 – Serviço de Urgência e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

A procura não justificada do SUP pode perturbar a qualidade dos serviços prestados, fenómeno especialmente crítico no período noturno. Pretendemos caraterizar as admissões noturnas, avaliar fatores associados a urgências não justificadas e perceber as razões dos cuidadores.

Metodologia

Análise observacional descritiva das admissões ao SUP, durante o período noturno (0h-8h), entre 30 de janeiro e 28 de fevereiro de 2023. Foi recolhida informação clínica e aplicado um questionário aos acompanhantes. Realizou-se ainda análise comparativa entre admissões justificadas e não justificadas, segundo definição da OMS de urgência hospitalar.

Resultados

Foram analisadas 462 admissões, com atribuição de prioridade urgente em 59.7%. Cerca de metade das admissões (50.6%) foi considerada não justificada, sendo estes doentes mais novos ($p<0.001$). As infeções do trato respiratório superior foram mais prevalentes nas admissões não justificadas ($p<0.001$). A patologia gastrointestinal ($p=0,019$) e o trauma ($p=0,042$), a transferência de outro hospital ($p=0,026$) e o tempo de doença inferior a 24H ($p=0,047$) foram preditores de urgências justificadas. Obtiveram-se 104 respostas ao questionário. Cerca de 69% dos acompanhantes considerou que o motivo de vinda era uma verdadeira urgência, mas 61.5% iriam antes aos cuidados de saúde primários (CSPs) se estivessem acessíveis. A figura 1 mostra as motivações apontadas para o recurso noturno.

Conclusões

No período analisado, metade das admissões foram não justificadas, sobretudo em crianças mais jovens com sintomatologia respiratória. A promoção da literacia em saúde e a disponibilização de alternativas de serviços de saúde, tais como a abertura noturna dos CSPs, poderá contribuir para mitigar este fenómeno.

Palavras-chave: Urgência pediátrica, Período noturno, Admissões não justificadas, Motivações parentais, Literacia em saúde

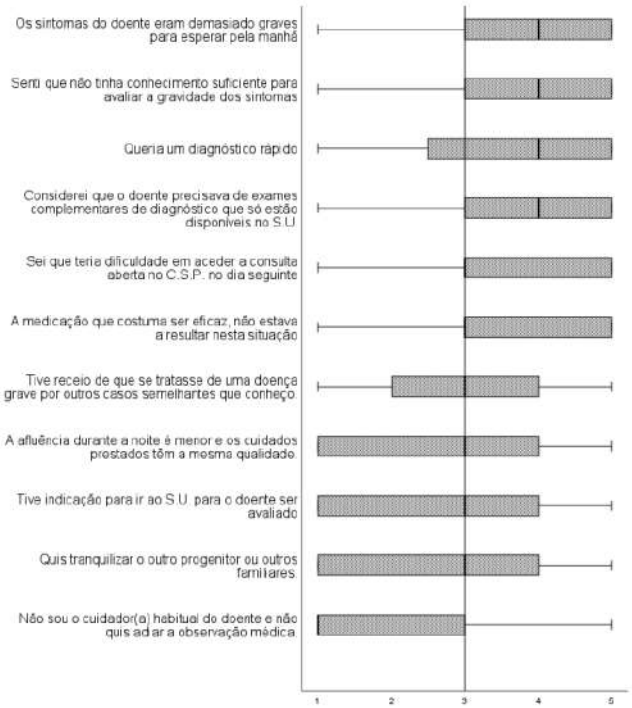


Figura 1– Motivos associados à procura do SUP no período noturno ordenados por ordem decrescente de concordância

CO-046 – (23SPP-12670) – ADMISSÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICO – O QUE MUDOU EM 5 ANOS?

Rafaela Paiva[1]; Ana Luísa Leite[1]; Maria Adriana Rangel[1]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução e Objectivos

A utilização dos Serviços de Urgência Pediátricos (SUP) têm-se modificado ao longo dos anos. Objetivo: caracterizar e analisar as diferenças na população que recorreu a um SUP de um hospital nível III da região norte.

Metodologia

Estudo observacional, retrospetivo e comparativo das admissões no período de junho/2018-maio/2019 (n=40226) com o período homólogo de junho/2022-maio/2023 (n=47203).

Resultados

Foram analisados 87429 episódios, 53% do sexo masculino e idade mediana de 5,5 anos (AIQ=9). Média de 120admissões/dia, com pico no outono. Comparando os dois períodos, verificou-se um aumento das admissões e uma mediana de idade inferior (5,2 vs 6,0, p<.001), aumentando a proporção triada como pouco urgente (47 vs 55%, p<.001) em detrimento dos urgentes e muito urgentes (51 vs 43%, p<.001). Os casos referenciados pela Saúde24 duplicaram (8 vs 4%, p<.001) e as recorrências não referenciadas diminuíram (83 vs 86%, p<.001). Verificou-se um aumento da utilização por utentes de nacionalidade não Portuguesa (2 vs 5%, p<.001), nomeadamente, naturais do Brasil, Angola, Ucrânia e Itália. A referenciação à alta para os Cuidados de Saúde Primários (18 vs 14%, p<.001) e Consulta Externa (5 vs 4%, p<.001) diminuíram. Não se verificaram diferenças significativas na percentagem de internamentos.

Conclusões

Houve um aumento das admissões face ao período homologo há 5 anos, sobretudo de casos não urgentes, o que reflete uma utilização inadequada dos SUP. O aumento de utentes de nacionalidade não Portuguesa, muitos sem médico de família atribuído, pode justificar parcialmente este incremento, espelhando a necessidade de criar novas estratégias nacionais para dar resposta a este problema. Salienta-se o aumento das referenciações pela Saúde24, que pode ser reflexo da Pandemia COVID-19.

Palavras-chave: Urgência pediátrica, admissões, triagem, cuidados de saúde, migração

TABELA 1 – Caracterização e comparação dos episódios de urgência de um hospital nível III

Variáveis	TOTAL	Pré-pandemia junho 2018 a maio 2019	Pós-pandemia junho 2022 a maio 2023	p
Número de admissões	87429	40226	47203	
Género, n (%)				
Feminino	41279	19177 (47,7)	22102 (46,8)	0,012
Masculino	46150	21049 (52,3)	25101 (53,2)	
Mediana idade, anos (IIQ)		6,0 (2,3-11,6)	5,2 (2,2-10,9)	< 0,001
Proveniência, n (%)				
Exterior – próprio meio	73297	34646 (86,2)	38651 (82,5)*	
INEM	4236	2113 (5,3)	2125 (4,5)*	
Encaminhado pelo SNS24	5240	1512 (3,8)	3728 (8,0)*	
Encaminhado do CS	2514	1164 (2,9)	1350 (2,9)	< 0,001
Outro hospital	382	178 (0,4)	204 (0,4)	
Clínicas privadas	190	77 (0,2)	113 (0,2)	
Consulta Externa	58	26 (0,1)	32 (0,1)	
Readmissões	1103	484 (1,2)	619 (1,3)	
Outros (BO, HD)	3	1 (0,0)	2 (0,0)	
Nacionalidade de residentes em Portugal, n (%)				
Portugal	83499	39204 (98,0)	44295 (95,4)*	
Brasil	1969	520 (1,3)	1449 (3,1)*	
Angola	309	97 (0,2)	212 (0,5)*	
Ucrânia	110	13 (0,0)	97 (0,2)*	
Itália	84	17 (0,0)	67 (0,1)*	
França	55	21 (0,1)	34 (0,1)	
Espanha	30	15 (0,0)	15 (0,0)	
Argentina	19	0 (0,0)	19 (0,0)*	
Rússia	25	6 (0,0)	19 (0,0)*	< 0,001
Índia	18	0 (0,0	18 (0,0)*	
Alemanha	13	2 (0,0)	11 (0,0)*	
China	29	20 (0,0)	9 (0,0)*	
Irão	6	0 (0,0)	6 (0,0)*	
Kyrgyzstão	6	0 (0,0)	6 (0,0)*	
Cuba	5	0 (0,0)	5 (0,0)*	
Roménia	6	6 (0,0)	0 (0,0)*	
Outros	266	100 (0,2)	166 (0,4)	
Distrito de Residência, n (%)				
Porto	75996	35542 (88,8)	40454 (87,1)*	
Aveiro	9400	3981 (9,9)	5419 (11,7)*	
Lisboa	222	105 (0,3)	117 (0,3)	
Viseu	166	84 (0,2)	82 (0,2)	
Braga	169	88 (0,2)	81 (0,2)	
Viana do Castelo	71	29 (0,1)	42 (0,1)	< 0,001
Setúbal	79	45 (0,1)	34 (0,1)	
Vila Real	51	21 (0,1)	30 (0,1)	
Faro	48	18 (0,0)	30 (0,1)	
Beja	24	4 (0,0)	20 (0,0)*	
Outros	223	104 (0,3)	119 (0,3)	
Triagem, n (%)				
Azul	259	106 (0,3)	153 (0,3)	
Verde	44744	18843 (47,2)	25901 (55,1)*	
Amarelo	38119	19102 (47,8)	19017 (40,5)*	< 0,001
Laranja	2441	1267 (3,2)	1174 (2,5)*	
Vermelho	41	17 (0,0)	24 (0,1)	
Branco	1296	592 (1,5)	704 (1,5)	
Destino após alta, n (%)				
Exterior não referenciado	63026	28562 (72,4)	34464 (76,9)*	
Centro de Saúde	13295	7103 (18,0)	6192 (13,8)*	
Consulta externa	3777	1875 (4,8)	1902 (4,2)*	
Serviço de internamento	3028	1443 (3,7)	1585 (3,5)	
Outro hospital	589	305 (0,8)	284 (0,6)*	< 0,001
Serviço Domiciliário	240	83 (0,2)	157 (0,4)*	
Companhia de seguros	126	44 (0,1)	82 (0,2)*	
Abandono	161	29 (0,1)	132 (0,3)*	
Outros (HD, falecimento)	22	9 (0,0)	13 (0,0)	

BO – Bloco operatório, HD – Hospital de Dia, * valores estatisticamente significativos

CO-047 – (23SPP-12684) – BRONQUIOLITE AGUDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: QUAIS OS FATORES ASSOCIADOS AO CUMPRIMENTO DA NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA?

Sofia Poço Miranda[1,2]; Cátia Juliana Silva[1]; André Costa E Silva[1]; Inês Correia Magalhães[1]; Inês Eiras[1]; Hugo Rodrigues[1]; Susana Oliveira[2]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 – Faculdade de Economia da Universidade do Porto

Introdução e Objectivos

A bronquiolite aguda (BA) constitui um motivo de urgência frequente nos primeiros 2 anos de vida. A evidência demonstrou que a maioria das intervenções, tanto a nível de meios complementares de diagnóstico (MCD) como de terapêutica, não altera a evolução natural da doença.

Metodologia

Estudo transversal retrospetivo dos episódios da Urgência Pediátrica (UP) de um hospital secundário com o diagnóstico de BA durante o ano de 2019 com estudo dos fatores que influenciam as variações na aplicação da norma de orientação clínica (NOC) 016/2012 da DGS.

Resultados

A amostra incluiu 344 episódios de urgência. A NOC relativa à BA não foi cumprida em 71,8% dos episódios, na maioria pela terapêutica injustificada, tanto no serviço de urgência e para ambulatório, em 66,86% e 52%. A prescrição de MCD injustificados ocorreu em 11,6% dos mesmos. Foi estimado um modelo de regressão logística para estudo dos fatores associados ao incumprimento da NOC, tendo sido incluídos os seguintes fatores: categoria profissional do médico (Interno de Formação Especializada (IFE) vs. Assistente Hospitalar), orientador de IFE, número de episódios de urgência diários, idade do doente e primeiro episódio de BA no doente. Foi demonstrado que o facto do médico ser IFE (B=-0,915; p=0,033) ou orientador de IFE (B=-0,856; p=0,025) e a menor idade do doente (p=0,000) associam-se a maior probabilidade de cumprimento da NOC.

Conclusões

O estudo indiciou que o facto do médico ser IFE ou orientador de IFE e a menor idade do doente associam-se a maior probabilidade de cumprimento do estabelecido na NOC. Conclui-se que o investimento na atualização contínua dos profissionais de saúde parece ser fulcral para a redução das variações da prática clínica e custos associados.

Palavras-chave: Bronquiolite aguda, Cumprimento da NOC, Variações da Prática Clínica

Posteres com Apresentação em Sala

SPP
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

PAS-001 – (23SPP-12789) – DOENÇA INVASIVA POR S. AUREUS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL NÍVEL II ENTRE 2011 E 2023

Ana Bandeira Santos[1]; Adriano Pereira[1]; Francisca Lopes[1]; Paula Fonseca[1]

1 – Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução e Objectivos
O Staphylococcus aureus (SA) constitui uma das principais causas de doença invasiva pediátrica (DIP) adquirida tanto na comunidade como nos cuidados de saúde. Define-se como caso de doença invasiva aquele cujo isolamento microbiológico ocorre em amostra habitualmente estéril. Objetivo: Caracterizar os casos DIP por SA num Hospital Nível II durante um período de 12 anos.

Metodologia
Estudo retrospectivo e descritivo, através da análise de dados clínicos e epidemiológicos relativos aos casos de DIP por SA de um Hospital Nível II. O período de estudo compreende janeiro/2011 a maio/2023.

Resultados
Incluídos 13 casos (amostra total N=15, 2 excluídos por suspeita de contaminação). Predominio do sexo masculino (N=10, 76,9%), sem antecedentes pessoais relevantes (N=12, 92,3%), mediana de 1,5 anos (minimo 1 dia; máximo 12 anos). Hospitalização em 10 casos (76,9%). Totalidade com bacteriémia, associada a casos de infeção osteoarticular (N=3, 23,1%), pneumonia (N=2, 15,4%), celulite (N=2, 15,4%), entre outros. Bacteriémia oculta em 3 casos (23,1%). Porta de entrada identificada em 6 casos (46,2%). Maioria com evolução favorável (N=12, 92,3%), um caso complicado com abcesso subperiósteo e trombose venosa profunda da veia subclávia. Antibioterapia maioritariamente ev (N=11, 84,6%), com mediana de duração de 12 dias (mínimo 8 dias; máximo 140 dias). Necessidade de alteração do antibiótico em 2 casos (15,4%). Resistência à penicilina em 7 casos (53,8%), nenhum MRSA.

Conclusões
Nesta casuística, de acordo com a literatura, o SA foi isolado em situações de infeções osteoarticulares e cutâneas, assim como bacteriémia oculta. Embora a maioria tenha evoluído favoravelmente, a DIP por SA pode ser potencialmente fatal, sendo fundamental o seu reconhecimento e abordagem atempada.

Palavras-chave: Doença invasiva, Pediatria, Staphylococcus aureus

PAS-002 – (23SPP-12775) – CONJUNTIVITE AGUDA – QUEM INVESTIGAMOS, O QUE ENCONTRAMOS E COMO TRATAMOS

Catarina Albuquerque[1]; Marta Figueiredo[1]; Liliana Franco[1]; Rita Belo Morais[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução e Objectivos
A abordagem diagnóstica e terapêutica da conjuntivite aguda depende da faixa etária, etiologia e sensibilidade antibiótica.

Metodologia
Estudo observacional retrospetivo, com análise descritiva, dos episódios de conjuntivite aguda observados no Serviço de Urgência Pediátrica e de Oftalmologia ou internados no Serviço de Pediatria/ Neonatologia de um hospital terciário entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022, com exame bacteriológico do exsudado conjuntival positivo.

Resultados
Sessenta e nove doentes, com idade mediana de 0,75 meses [AIQ 0,25-2], tiveram ≥ 1 episódio de conjuntivite aguda com ≥ 1 agente isolado. Os agentes mais frequentes foram *Staphylococcus aureus* (n=25) e *Haemophilus influenzae* (n=23). Em 29% (n= 21) dos casos foi feita pesquisa de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, 1 positiva. A azitromicina tópica foi o antibiótico mais prescrito. Dos 82 agentes isolados, 15 eram resistentes a ≥ 1 dos antibióticos testados: 32% a eritromicina, 5,3% a gentamicina e 1,3% a cloranfenicol. Não se verificaram resistências a tetraciclinas. Setenta e oito por cento das conjuntivites resolveu sem necessidade de ajuste antibiótico, registando-se 3 recorrências. Não se verificaram complicações.

Conclusões
A amostra apresentada é constituída, na sua maioria, por recém-nascidos, faixa etária em que a identificação do agente se torna importante para ajuste terapêutico. Os agentes identificados correspondem aos mais descritos na literatura, destacando-se a baixa prevalência de agentes associados a doenças sexualmente transmissíveis. Verificou-se baixa taxa de resistências e elevada eficácia com antibioticoterapia tópica empírica instituída. Apesar da taxa de resistência a eritromicina, a azitromicina mostrou ser um antibiótico eficaz a partir do nascimento.

Palavras-chave: conjuntivite aguda, exame bacteriologico, azitromicina

PAS-003 – (23SPP-12668) – COMPLICAÇÕES POR VARICELA – CASUÍSTICA DE 5 ANOS DE UM HOSPITAL DE NÍVEL 1

Daniela Henriques[1]; Sofia Guedes[1]; Carla Rosa[1]; Joana Antunes[1]; Aldina Lopes[1]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital de Santarém

Introdução e Objectivos
A varicela é uma das principais doenças infecto-contagiosas da infância, causada pela primo-infeção do vírus varicela-zoster (VVZ). Embora adquira habitualmente um curso benigno e auto-limitado, pode apresentar complicações graves. Objetivo: caracterização dos internamentos por complicações da varicela num hospital de nível I.

Metodologia
Estudo retrospectivo descritivo realizado através de consulta de processos clínicos crianças internadas por complicações da varicela entre junho de 2018 e julho de 2023.

Resultados
Internadas 9 crianças por varicela complicada: 6 do sexo masculino; idade média: 55,2 meses (20 meses – 7 anos); 1 criança imunocomprometida. A maioria dos internamentos (6) registaram-se em 2023, sobretudo entre Maio e Julho. Apenas 1 doente apresentava vacina contra o VVZ. Complicações apresentadas: 7 infeções cutâneas (celulites: 3, impétigo: 3, fasceíte necrotizante: 1), 1 caso de pneumonia e 1 caso de cerebelite. Em média as complicações diagnosticaram-se aos 4,4 dias de doença (2 dias – 7 dias) e verificou-se uma duração média de internamento de 8 dias (3 dias – 20 dias). Duas crianças encontravam-se sob aciclovir. Os internamentos mais longos associaram-se doenças mais graves (fasceíte necrotizante e celulite extensa), ambos com história de administração de ibuprofeno. Transferidas duas crianças para um hospital central, por necessidade de cuidados diferenciados. Não se registaram óbitos.

Conclusões
As complicações por varicela são raras e afetam maioritariamente indivíduos com fatores de risco, podendo, no entanto, ocorrer em indivíduos saudáveis.O número de internamentos por varicela foi baixo, ao longo dos 5 anos, no entanto destacamos o grande aumento de hospitalizações no ano 2023 sobretudo sobreinfecção cutânea ou dos tecidos moles.

Palavras-chave: Varicela complicada, Vírus varicela-zoster

PAS-004 – (23SPP-12980) – COMPLICAÇÕES DA VARICELA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II

Inês Da Bernarda Rodrigues[1]; Beatriz Silva[1]; Ana Catarina Paulo[1]; Cindy Gomes[1]; Ana Rita Carvalho[1]; Julieta Morais[1]

1 – Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar Do Médio Tejo E.P.E

Introdução e Objectivos
A varicela é uma doença frequente em idade pediátrica, resultante da primoinfeção do vírus varicela-zoster, que em alguns casos pode cursar com complicações graves. Pretende-se caracterizar os casos de complicações de varicela.

Metodologia
Estudo retrospetivo descritivo com análise dos casos de varicela com complicações admitidos no Serviço de Pediatria de um hospital de nível II, entre janeiro de 2018 e junho de 2023.

Resultados

Foram admitidos 1707 casos de varicela no Serviço de Urgência Pediátrica dos quais 101 (5,9%) apresentaram complicações. Destes, 59,4% (n=60) eram do sexo masculino com uma mediana de idades de 3,7 anos. Registada maior incidência de casos e respetivas complicações entre os meses de maio e junho, com número máximo de casos em 2023 (n=563 casos de varicela, n=61 complicações). A duração média entre início da varicela e o desenvolvimento da complicação foi de 4,6 dias. Nenhum dos casos tinha efetuado a vacina contra a varicela e 88,1% (n=89) eram previamente saudáveis. As principais complicações foram as infeções bacterianas secundárias da pele e tecidos moles (n=66, 65,3%), seguidas das complicações respiratórias (n=21; 20,8%). Em 47,5% (n=48) dos casos de varicela complicada foi realizada terapêutica com aciclovir, 18,8% dos quais com início prévio à complicação. Apenas 28 casos (1,6%) necessitaram de internamento (n=26 por complicações, n=1 por risco associado a imunossupressão, n=1 por recusa alimentar importante), cuja duração média foi de 5,3 dias. Transferiram-se 6 doentes (0,4%) para o hospital terciário de referência. Todos os casos evoluíram favoravelmente.

Conclusões
Verificou-se um aumento da incidência de varicela, bem como da sua gravidade e complicações associadas, desde 2022 e em particular nos primeiros 6 meses de 2023.

Palavras-chave: Varicela, Complicações, Vírus varicela-zoster, Internamento

PAS-005 – (23SPP-12594) – AUMENTO DE CASOS DE VARICELA COMPLICADA APÓS A PANDEMIA DE COVID-19. SERÁ NECESSÁRIO REVER ESTRATÉGIA VACINAL?

Teresa Miranda[1]; Jessica Sousa[1]; Sílvia Bacalhau[1]; Pedro Flores[1]

1 – Hospital Cuf Descobertas

Introdução e Objectivos

A varicela é uma doença habitualmente benigna na infância, com taxa de complicações inferior a 0,5%. Nesta casuística avaliamos os casos de varicela complicada observados num Hospital Nível 2, em dois períodos distintos, antes e após a pandemia COVID-19.

Metodologia

Estudo retrospectivo observacional dos casos de varicela complicada, observados na urgência pediátrica (UP) em 2 períodos homólogos (janeiro 2018 a julho 2019 e janeiro 2022 a julho 2023).

Resultados

Foram observados, na UP, um total de 1960 crianças com varicela (898 no 1º período e 1062 no 2º). Contabilizaram-se 18 complicações no 1º período e 39 no 2º (p=0,03). A mediana de idades foi superior no 2º período (4 vs 2 anos (p=0,013)), sendo a distribuição por sexos semelhante. Em 2018-19, 40% dos doentes com complicações estavam medicados na admissão (13% aciclovir, 7% antibioterapia) contra 52% em 2022-23 (19% aciclovir, 19% antibioterapia) (NS). Predominaram as sobreinfecções da pele em ambos os períodos. A taxa de internamento foi superior em 2022-23 (29% vs 13%, p=0,04). Dos doentes internados, 20% realizaram exames complementares no 1º período e 42% no 2º (NS), tendo sido prescrito aciclovir em 20% dos casos em 2018-19 e em 42% em 2022-23 (NS).

Conclusões

Verificou-se um aumento dos casos de varicela complicada, que ocorreram em crianças de idade significativamente mais elevada. Admitimos que, pelo confinamento, o contacto das crianças com o Vírus Varicela zoster terá sido adiado. Assim, colocamos a dúvida sobre a necessidade de rever as recomendações vacinais atuais.

Palavras-chave: varicela, complicações, internamento, vacinação, pandemia

PAS-006 – (23SPP-13024) – BOTULISMO INFANTIL: SÉRIE DE DOIS CASOS DE UMA DOENÇA SUBDIAGNOSTICADA, PREVENÍVEL E POTENCIALMENTE FATAL

Francisca Albuquerque[1]; Ana Pereira Lemos[1]; Ana Margarida Garcia[1]; Teresa Paínho[1]; Cláudia Marques Matos[1]; Isabel Lopes De Carvalho[2]; Margarida Saraiva[2]; Catarina Gouveia[1]

1 – Hospital Dona Estefânia; 2 – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Introdução / Descrição do Caso

O Botulismo Infantil (BI) é uma doença rara, potencialmente fatal, causada por neurotoxinas produzidas por *Clostridium botulinum* (BoNT). Em Portugal, é doença de notificação obrigatória desde 1999, 1º caso descrito em 2012.

Lactentes de 6 e 3 meses, sexo F e M, previamente saudáveis, o primeiro americano, a residir na Áustria, estava há 2 dias em Portugal, e o segundo português. Ambos com quadro subagudo de irritabilidade, letargia, dificuldade alimentar e obstipação. No exame objetivo irritabilidade, hipotonia de predomínio axial, tetraparésia flácida e diplegia facial, com ptose assimétrica, assim como choro débil e dificuldade alimentar. Em ambos houve necessidade de alimentação por sonda nasogástrica, sem envolvimento respiratório. Estudo infecioso e metabólico, punção lombar, EEG e RM neuroeixo normais. Por paralisia flácida aguda, com envolvimento facial grave e ptose bilateral, na ausência de outro diagnóstico, e apesar da ausência de fatores de risco, considerada a hipótese de BI. EMG com estimulação repetitiva, normal no 1º caso e com alteração da função da placa neuromuscular no 2º. No 1º caso foi detetada BoNT A nas fezes e BoNT B no 2º. Em ambos não foi detetada toxina botulínica no soro. Administrada BabyBIG® em D8 e D9 de doença, respetivamente. Após terapêutica e reabilitação adequada, melhoria progressiva. Apesar de se terem analisado alimentos como mel, não se encontrou origem em nenhum dos casos.

Comentários / Conclusões

O BI é uma doença subdiagnosticada, possivelmente devido à clínica inespecífica e dificuldade no diagnóstico. Nestes casos, o alto grau de suspeição considerando o contexto clínico e instituição de terapêutica precoce, enquanto se aguardava confirmação laboratorial, foi essencial para a redução da morbilidade/mortalidade.

Palavras-chave: botulismo infantil, lactente, neurotoxina, paralisia flácida

PAS-007 – (23SPP-12904) – INFEÇÕES POR STREPTOCOCCUS DO GRUPO A: AUMENTO IMPORTANTE EM 2023

Joana De Beir[1]; Rita Jesus[1]; Lia Gata[1]; Lurdes Correia[2]; Fernanda Rodrigues[1]

1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

Em 2022 vários países europeus reportaram um aumento do número de casos de escarlatina e de doença invasiva por *Streptococcus* do Grupo A (diSGA) em crianças com menos de 10 anos, sem identificação de novas sequências genéticas microbianas. Até ao final de 2022 tínhamos observado um retorno desta doença aos níveis pré-pandémicos, mas sem as caraterísticas descritas noutros países. O objetivo deste estudo foi avaliar a evolução epidemiológica desta infeção em 2023.

Metodologia

Estudo observacional, descritivo, num hospital de nível III, de jan/2015 a jun/2023, incluindo a avaliação dos testes de diagnóstico antigénico rápido (TDAR) para SGA positivos, dos diagnósticos de escarlatina, de amigdalite estreptocócica e de diSGA.

Resultados

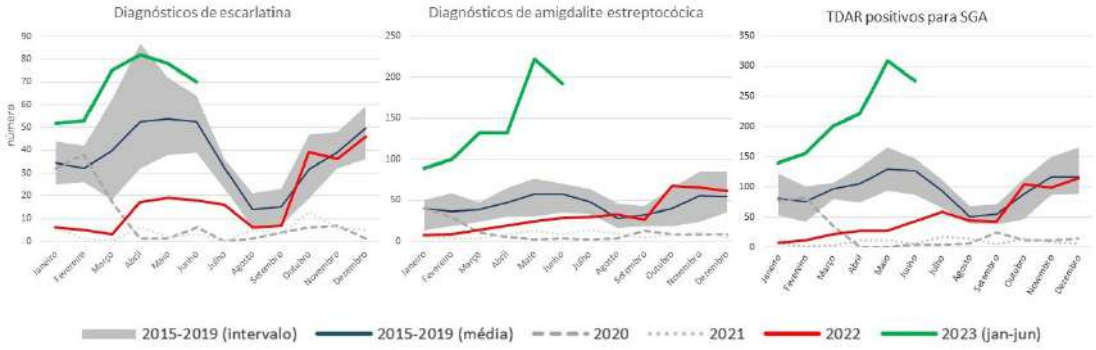
Após uma alteração da sazonalidade e redução importante dos TDAR positivos, dos diagnósticos de escarlatina, de amigdalite estreptocócica e de diSGA, observados durante a pandemia COVID-19 (2020-21), verificou-se um aumento progressivo de todos ao longo de 2022, aproximando-se no último trimestre dos valores pré-pandemia (figura) e retomando a sazonalidade habitual. Em 2023 manteve-se a linha ascendente (ultrapassando os valores pré-pandemia) até abril-maio, altura em parece estar a iniciar-se uma inversão do trajeto, de acordo com a sazonalidade habitual. Embora com números pequenos, a diSGA acompanhou o padrão evolutivo da doença não invasiva.

Conclusões

Após o período pandémico em que se assistiu a uma alteração da sazonalidade e incidência reduzida da infeção por SGA, no final de 2022 e em particular no 1º quadrimestre de 2023, observou-se um aumento importante da doença por SGA, incluindo doença invasiva, com uma incidência que ultrapassou o período pré-pandemia, em linha com o reportado noutros países europeus.

Palavras-chave: Streptococcus do Grupo A, amigdalite, escarlatina, doença invasiva estreptocócica

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (jan-jun)
Nº de diSGA	1	5	6	1	3	1	0	5	9



PAS-008 – (23SPP-12782) – DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA (DIP) PEDIÁTRICA NA ERA DA VACINA CONJUGADA 13 VALENTE (VCP13V) E NO CONTEXTO PANDÉMICO COVID19

Rute Monteiro[1]; Tânia Lopes[1]; Raquel Oliveira Inácio[1]; Miguel Lince Duarte[1]; Ana Brett[1,2]; Lia Gata[1]; Ana Teresa Gil[1]; Lurdes Correia[3]; Anália Carmo[3]; Fernanda Rodrigues[1,2]

1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 3 – Serviço de Patologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

A VCP13v integra o PNV desde 2015, com coberturas mantidas >95%. A pandemia COVID-19 alterou profundamente a epidemiologia de várias doenças infeciosas pediátricas. Pretendeu-se caracterizar a evolução da DIP após a introdução da VCP13v no PNV e no contexto da pandemia COVID-19.

Metodologia

Estudo retrospetivo, descritivo, dos casos com identificação de *S. pneumoniae* por cultura e/ou biologia molecular (PCR), em amostras obtidas de locais estéreis, de 1/2016 a 6/2023, num hospital pediátrico de nível III. Foram analisados dados demográficos, clínicos e microbiológicos.

Resultados

Ocorreram 69 casos, com idade mediana de 3A6M (1M-18A). A distribuição dos casos por ano, diagnóstico clínico e método de diagnóstico microbiológico são apresentadas na Figura 1.
(...) Figura 1 (em anexo) – Distribuição da doença invasiva pneumocócica por ano, diagnóstico clínico e método de diagnóstico microbiológico (C/C+PCR – isolamento por cultura ou cultura e PCR; PCR – isolamento só por PCR), 2016-2023 (até junho)
Dos serotipos disponíveis, o serotipo vacinal 3 foi identificado em 56%, maioritariamente em pneumonia com derrame e com VCP13v completa, com idade média de 5,4A. Houve identificação de vírus respiratórios em 25/34 casos testados (rhino/enterovírus 13, vírus parainfluenza 5, VSR 4, adenovírus 4 e vírus influenza 2). Observou-se resistência ou suscetibilidade intermédia à penicilina em 3/34 (9%) e não houve resistências ao ceftriaxone.

Conclusões

À semelhança de outras doenças infeciosas, observou-se um aumento importante da DIP no período pós pandemia, dominada pela pneumonia complicada com derrame, com identificação por PCR, pelo serotipo 3, em crianças com vacinação completa e mais velhas, com baixa resistência aos antimicrobianos.

Palavras-chave: Doença Invasiva Pneumocócica, Idade pediátrica, VCP13v, PNV, Pandemia COVID-19

Anexo - Doença Invasiva Pneumocócica (DIP) pediátrica na era da vacina conjugada 13 valente (VCP13v) e no contexto pandémico COVID19

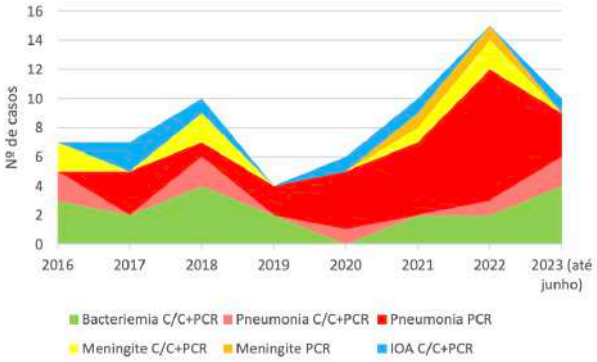


Figura 1. Distribuição da doença invasiva pneumocócica por ano, diagnóstico clínico e método de diagnóstico microbiológico (C/C+PCR – isolamento por cultura ou cultura e PCR; PCR – isolamento só por PCR), 2016-2023 (até junho)

PAS-009 – (23SPP-13082) – DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCCICA EM PEDIATRIA: NOVOS SERÓTIPOS, NOVAS VACINAS.

João Simões[1]; Inês Pereira Soares[2]; Florbela Cunha[2]

1 – Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução e Objectivos

A doença invasiva pneumocócica (DIP) é causa de morbimortalidade importante em pediatria. A vacinação universal com a vacina conjugada 13-valente (Pn13) levou à sua redução. Porém, têm surgido casos de serotipos não vacinais. A aprovação de novas vacinas conjugadas pode ter impacto na DIP.

Metodologia

Estudo descritivo dos doentes pediátricos com DIP (hospital de nível II), de janeiro/2018 a abril/2023 (5 anos e 6 meses). Analisadas as variáveis clínicas, demográficas, estado vacinal e serotipos identificados.

Resultados

Identificaram-se 14 doentes, 8 rapazes. Dez eram saudáveis, identificando-se nos restantes: imunodeficiência (n=2), sibilância recorrente (n=1) e cardiopatia (n=1). Excepto um, todos tinham a PN13 atualizada para a idade. Os diagnósticos foram bacteriémia (n=7), sépsis (n=2), empiema (n=1), meningite (n=5), tendo uma complicado com abcesso cerebral. Dez doentes foram internados e um foi transferido para Cuidados Intensivos. Um doente ficou com sequelas (hidrocefalia, surdez neurossensorial, epilepsia e atraso do desenvolvimento psicomotor). Dos serotipos identificados, uma estirpe era "não tipável" e uma foi falência vacinal (serotipo 3) numa criança saudável. Nos restantes não se verificou nenhum padrão dos serotipos não abrangidos pela Pn13 (8, 10A, 12F, 15A,15B, 22F, 24F, 33A, 35F), sendo que 7(50%) seriam abrangidos pela Pn20 (8, 10A, 12F, 15B e 22F) e apenas 1(7%) pela Pn15 (22F).

Conclusões

Apesar da vacinação no PNV, a DIP foi causa importante de doença grave na nossa amostra, com sequelas para um doente. Quanto às novas vacinas conjugadas, a Pn15 parece adicionar pouca abrangência, ao contrário da Pn20. A vigilância epidemiológica tem que se manter para identificação dos serotipos circulantes e ajuste às novas imunizações.

Palavras-chave: doença invasiva pneumocóccica, serótipos, vacinas anti-pneumocóccicas

PAS-010 – (23SPP-13065) – AUMENTO DO NÚMERO DE CASOS DE ESCARLATINA NO PERÍODO PÓS-PANDEMIA – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II

Inês Costa Lobo[1]; Inês Melo[1]; Margarida Martins[1]; Sofia Reis[1]; Clara Diogo[1]; Cristina Baptista[1]

1 – Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução e Objectivos

Desde a segunda metade de 2022, vários países verificaram um aumento no número de casos de escarlatina. Em Inglaterra, entre setembro de 2022 e junho de 2023, o número foi 4.5 vezes superior ao valor médio de casos observados no mesmo período nos 5 anos prévios. O objetivo deste estudo é caracterizar os casos de escarlatina diagnosticados na Urgência Pediátrica (UP) de um hospital nível II, de janeiro 2018 a junho 2023, e verificar se houve aumento do número de casos no período pós-pandemia.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo e analítico dos casos de escarlatina diagnosticados na UP, de janeiro 2018 a fevereiro 2020 – pré-pandemia (préP), março 2020 a abril 2022 – pandemia (P), e maio 2022 a junho 2023 – pós-pandemia (pósP). Foram analisadas variáveis demográficas, avaliação clínica e complementar e orientação terapêutica. Utilizou-se o teste qui-quadrado, ficando-se o nível de significância em 0,05.

Resultados

Foram incluídas 848 crianças/adolescentes. No período préP/P/pósP houve em média 14,7/2,7/28,3 casos/mês, respetivamente ($p<0,001$). O aumento pósP ocorreu a partir de janeiro 2023, com máximo em maio (67 casos). A idade média ao diagnóstico foi 4,2±2,1, 3,9±2,4 e 4,7±2,4 anos no préP/P/pósP ($p<0,001$). A penicilina G benzatínica intramuscular foi opção terapêutica em 2,1%/0%/8,8% dos casos no préP/P/pósP respetivamente ($p<0,001$).

Conclusões

Confirma-se um aumento no número de casos de escarlatina pós-pandemia, de início mais tardio e ainda sem regresso aos números habituais, como observado noutros países. Este aumento pode justificar-se pelo retorno do contacto social após período de diminuição da imunidade adquirida por menor contágio devido à utilização de máscaras, etiqueta respiratória e isolamento.

Palavras-chave: Escarlatina, Streptococcus Grupo A, Streptococcus pyogenes, Pandemia, SARS-CoV-2

PAS-011 – (23SPP-13071) – INFEÇÕES PROFUNDAS DO PESCOÇO: ABCESSOS E FLEIMÕES FARÍNGEOS – CASUÍSTICA DE 10,5 ANOS DO HOSPITAL DE CASCAIS

Margarida Simão[1]; Graça Proença Varão[2]; Ana Beatriz Vaz[1]; Catarina Morais Antas[2]; Carina Cardoso[3]; Sofia Moura Antunes[3]

1 – Interna de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2 – Interna de Pediatria, Hospital de Cascais; 3 – Assistente hospitalar de Pediatria, Hospital de Cascais

Introdução e Objectivos

As infeções profundas do pescoço são graves pelas estruturas vitais que a rápida disseminação pode afetar. Resultam da evolução de infeções das vias aéreas superiores, culminando em coleções purulentas. Destaca-se o aumento da incidência destas infeções, o que carece de investigação.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo, de doentes em idade pediátrica internados no Hospital de Cascais por abcesso ou fleimão faríngeo, de janeiro 2013 a junho de 2023 (10,5 anos).

Resultados

Reportam-se 145 casos, com idades entre os 23 meses e os 17 anos, 59% do sexo feminino. O antecedente mais frequente é amigdalites de repetição – 16% dos casos. O diagnóstico foi abcesso periamigdalino em 85%, abcesso retrofaríngeo em 8% e fleimão faríngeo em 7%. 39% tinham diagnóstico recente de amigdalite aguda. 94% apresentaram elevação dos parâmetros de infeção, dos 50% que fizeram pesquisa de antigénio de *Streptococcus* do grupo A (SGA) foi positiva em 40%. Foram utilizados diferentes esquemas de antibióticos, o mais frequente foi amoxicilina + ácido clavulânico + clindamicina em 45% dos casos. 55% fizeram corticoterapia. A duração média da antibioterapia endovenosa foi 4 dias. 23% necessitaram de drenagem cirúrgica. O seguimento foi realizado por Otorrinolaringologia em 87%. Como complicação mais grave, destaca-se um Síndrome de Lemiérre que culminou num óbito.

Conclusões

Dada a potencial gravidade, o rápido diagnóstico e abordagem terapêutica são fulcrais. Uma possível explicação para o maior número destes casos é o aumento das infeções pelo SGA pós-pandemia a SARS-CoV-2 descrito na literatura. Outra reflexão inevitável é a necessidade da uniformização da abordagem terapêutica, nomeadamente através da realização de um protocolo, dado que a terapêutica instituída foi muito heterogénea.

Palavras-chave: Streptococcus grupo A, Abcessos e fleimões faríngeos

Gráfico 1 – distribuição do número de casos por cada ano

PAS-012 – (23SPP-13011) – FIABILIDADE DO TESTE RÁPIDO PARA SGA VS EXAME CULTURAL

Marta Rodrigues Amaral[1]; Rosa Duarte Cardoso[1]; Rita Martins[1]; Joana Monteiro[1]; Hugo Loureiro[2]; Virgínia Monteiro[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; 2 – Serviço de Microbiologia do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução e Objectivos

O streptococcus do Grupo A (SGA) é o agente etiológico mais comum da amigdalofaringite aguda, sendo o teste diagnóstico antigénico rápido (TDAR) uma ferramenta útil na sua deteção imediata.
O objetivo deste estudo foi avaliar a acuidade do TDAR no seu diagnóstico comparativamente ao exame cultural.

Metodologia

Análise retrospetiva dos TDAR e cultural da orofaringe de janeiro de 2019 a junho de 2023, num Hospital nível II, tendo sido avaliadas: sensibilidade, especificidade, valor preditivo negativo e valor preditivo positivo.

Resultados

Foram incluídos no estudo 5215 doentes, dos quais 2664 do sexo masculino (51.1%), com média de idade de 6.35 anos e mediana de 5 anos, verificando-se uma tendência crescente no uso do teste ao longo do tempo.
No geral, a prevalência de SGA foi de 20.6% com o TDAR e de 19.4% com o teste cultural.
O TDAR e o cultural da orofaringe foram simultaneamente positivos em 918 doentes (17.6%) e negativos em 4044 doentes (77.5%). Em 158 doentes com TDAR positivo, nenhum SGA foi isolado na cultura (3% de falsos positivos). Em 95 doentes com TDAR negativo, verificou-se crescimento de SGA na cultura (1.8% de falsos negativos).
A sensibilidade e especificidade do TDAR foram de 90.6% e 96.2%, respetivamente.
O valor preditivo positivo do TDAR foi de 85,0% (918/1076), enquanto o valor preditivo negativo foi de 97.7% (4044/4139).

Conclusões

O TDAR apresentou uma sensibilidade e especificidade elevadas, o que está de acordo com a literatura, confirmando-se a sua utilidade como método preferencial no diagnóstico. O TDAR falso negativo, apesar de corresponder a um número muito limitado de casos, pode estar relacionado com o método de colheita e eventual presença de portadores.

Palavras-chave: SGA,TDAR, Diagnóstico

PAS-013 – (23SPP-12589) – IMPACTO DA INDISPONIBILIDADE DE ANTIBIÓTICOS NO TRATAMENTO DA AMIGDALITE ESTREPTOCÓCICA EM AMBULATÓRIO

Gonçalo Passos Croca[1]; Catarina Mendonça[1]; Joana Pereira[1]; Maria Inês Brito[1]; Andreia Morais[1]; Catarina Gomes[1]

1 – Centro Hospitalar do Oeste

Introdução e Objectivos

No último ano existiram constrangimentos na disponibilidade de antibióticos nas farmácias portuguesas, com impacto no tratamento de várias patologias. O tratamento da amigdalite a *Streptococcus pyogenes* é um caso paradigmático, dado que mantém sensibilidade à amoxicilina não existindo alternativa consensual. Este estudo pretende analisar o impacto da indisponibilidade de antibióticos no tratamento da amigdalite aguda, comparando com período pré-pandémico.

Metodologia

Estudo retrospetivo de crianças com amigdalite estreptocócica no serviço de urgência de um hospital nível II, com teste rápido positivo e sem alergia a antibióticos, em dois períodos: dezembro 2018 – maio 2019 e dezembro 2022 – maio 2023. Colhidos dados demográficos, antibioticoterapia prescrita e dispensada. Análise estatística com recurso ao Microsoft Excel 2022® e SPSS v20.0®.

Resultados

Incluíram-se 1208 episódios, 976 no período de 2022/23 e 232 em 2018/2019, 52,8% do sexo masculino, mediana idade de 6 anos. Em 2022/23 verificou-se um aumento de prescrição de amoxiclavulanato (8,2% vs 2,2%), macrólidos (3,6% vs 0) e cefuroxime (1,4% vs 0) (p< 0,001). A não prescrição de amoxicilina foi mais frequente de fevereiro a abril, coincidindo com a menor disponibilidade já referida. Em 2022/23 87 crianças apresentaram mais que um episódio de amigdalite estreptocócica, 64/715 tratados previamente com amoxicilina (9,0%), 11/132 com penicilina (8,3%), 6/80 com amoxiclavulanato (7,5%), 3/35 com macrólidos (8,6%) e 3/14 com cefuroxime (21,4%).

Conclusões

A indisponibilidade de amoxicilina teve impacto na alteração do tratamento da amigdalite estreptocócica, sem uniformidade na segunda linha de antibiótico. Uma maior falência terapêutica está descrita com o uso de macrólidos, mas tal não se verificou nesta coorte.

Palavras-chave: Streptococcus pyogenes, antibiótico, amoxicilina

PAS-014 – (23SPP-12983) – CASUISTICA DE INTERNAMENTOS POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VS) ENTRE ABRIL 2019-MARÇO DE 2023

Daniela Pestana[1]; Diana Pereira[1]; Nuno Carvalho[1]; Marta Cabral[1]; Raquel Ferreira[1]; João Farela Neves[1]

1 – Hospital Luz Lisboa

Introdução e Objectivos

A infeção por Virus sincicial respiratório (VSR) é uma das principais causas de admissão hospitalar por infeção respiratória, sobretudo em lactentes <6 meses de idade. A sazonalidade habitual do VSR na época pré-COVID era de Outubro a Março. Pretendeu-se avaliar evolução da sazonalidade e as características da infeção, no período de 2019-2023.

Metodologia

Estudo retrospetivo e descritivo de doentes pediátricos internados em hospital nível II por infeção VSR, entre Abr19-mar23. Foram analisados dados demográficos e clínicos.

Resultados

119 internamentos por VSR, dos quais 87% bronquiolite aguda, idade mediana de 2 meses e predomínio de sexo masculino. Foram definidos 4 períodos: Abr19-Mar20 – 30 doentes/Abr20-Mar21 – 0 doentes/Abr21-Mar22 – 32 doentes/Abr22-Mar23 – 57 doentes. No período pré-pandémico todos os internamentos ocorreram entre Out-Mar. De Abr21-Mar22 e de Abr22-Mar23 houve maior número de internamentos entre Out-Mar, mas 40% e 18% dos casos foram internados entre Abr-Set, respetivamente. Comparando períodos, não houve diferença significativa entre a idade, sexo e duração de internamento. Nos 3 períodos, a necessidade de oxigenoterapia foi semelhante (74-77%). Em relação a oxigenoterapia de alto fluxo (OAF) e/ou CPAP/BIPAP, houve maior necessidade de OAF/CPAP/BIPAP no último período (23% e 22% nos primeiros períodos, 46% no último período).

Conclusões

As medidas impostas durante a pandemia de COVID19 contribuíram para a diminuição de transmissão nesse período, assistindo-se posteriormente a um retorno da transmissão fora dos períodos habituais, com tendência decrescente. Na nossa amostra, no período de Abr22-Mar23 houve maior necessidade de OAF/CPAP/BIPAP que nos períodos anteriores.

Palavras-chave: Vírus sincicial respiratorio, VSR, bronquiolite aguda

PAS-015 – (23SPP-12740) – CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO EM PEDIATRIA- EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL NÍVEL II

Inês Eiras[1]; Ana Sofia Nunes[1,2]; Luciana Abelha[1]; Dalila Rocha[1]; Mariana Costa[1]

1 – Unidade Local Saúde Alto Minho; 2 – Hospital de Braga

Introdução e Objectivos

A oxigenoterapia por cânula nasal de alto fluxo (CNAF) é um sistema de suporte ventilatório não invasivo (VNI) que emergiu como novo método para garantir suporte respiratório em doentes com insuficiência respiratória hipoxémica. O objetivo do estudo foi verificar o impacto clínico da CNAF num hospital nível II.

Metodologia

Estudo retrospetivo, descritivo, que incluiu doentes pediátricos que necessitaram de CNAF entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de julho de 2023.

Resultados

Amostra de 18 doentes, 61,1% do sexo masculino, e uma mediana de idade 9,50 meses (min. 1 mês e máx. 72 meses). Três (16,7%) doentes com antecedentes de prematuridade, e 3 (16,7%) com antecedentes de sibilância recorrente. Todos os doentes encontravam-se a realizar oxigenoterapia. A maioria dos doentes, 72,2%, foram internados com o diagnóstico de Bronquiolite Aguda e o principal agente isolado foi o VSR em 9 (50%) casos. Verificou-se uma mediana de fluxo inicial de 1 L/kg/min (min. 0,8 e máx 2,6) e uma mediana de FiO2 42% (min. 31% e máx 100%). Três (16,7%) doentes complicaram com pneumotórax, e 7 (38,9%) foram transferidos para unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) por agravamento clínico. A média de dias de utilização de CNAF nos restantes foi de 5 dias.

Conclusões

Com este trabalho, os autores pretendem demonstrar que a CNAF é uma técnica segura e, tendo em conta a realidade geográfica de um hospital nível II, evitou a transferência de 61% dos casos para UCIP. São necessários mais estudos relativamente ao fluxo inicial ideal em doentes pediátricos, dado que alguns autores recomendam o uso de 0,5-1L/kg/min, outros 2 L/kg/min, de modo que durante este período as taxas de fluxo foram ajustadas individualmente.

Palavras-chave: CNAF, Insuficiência Respiratória

PAS-016 – (23SPP-12733) – IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NAS INFEÇÕES ORL

Joana Andresa Vasconcelos[1,2]; Ana Rita A. Costa[1]; Jorge Rodrigues[1]; Joana Pimenta[1]; Joaquina Antunes[1]; Cristina Faria[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela Viseu; 2 – 2Hospital Dona Estefânia, CHULC

Introdução e Objectivos

Com a pandemia COVID-19, tem-se assistido a uma variação do padrão epidemiológico e da virulência de diversos agentes patogénicos, sugerindo um eventual débito imunitário. O objetivo deste trabalho foi avaliar se esta teve impacto significativo nos internamentos por infeções ORL.

Metodologia

Estudo retrospetivo, observacional, unicêntrico, descritivo (2018-2023), dos internamentos por infeções ORL e sua caraterização clínica e epidemiológica.

Resultados

95 internamentos, 51% sexo masculino, mediana de 8 anos de idade, 33.6% com antecedentes relevantes. Duração mediana de internamento de 4 dias. 52.6% mastoidite aguda, 33.7% abcesso periamigdalino, 8.4% celulite orbitária, 5.2% abcesso para/retrofaríngeo. 40% sob antibioterapia prévia à admissão. Terapêutica mais frequente foi ceftriaxone em monoterapia (50.5%) ou associado a clindamicina (32.6%), com duração mediana de 4 dias [AIQ 1-14]. Foi necessário alterar antibioterapia em 11.6%. 57.9% iniciaram corticoterapia nas 24 horas iniciais de admissão. 30.5% realizaram exame de imagem. Complicações – abcesso subperiósteo (6.3%), meningite (2.1%) e abcesso cerebral (1%) – com associação estatisticamente significativa ($p<0,001$) a mais dias de internamento, antibioterapia e intervenção cirúrgica. Isolado agente microbiano em 18 casos (61% S. pyogenes). Sem óbitos. Ao longo dos anos houve aumento do número de internamentos, não estatisticamente significativo. Aumento dos dias de internamento ($p=0,01$), da duração da antibioticoterapia ($p<0,01$), do recurso a imagem ($p<0,01$), do início precoce de corticoterapia ($p<0,01$) e da sua duração ($p<0,001$) de forma estatisticamente significativa.

Conclusões

Na nossa amostra, os internamentos por complicações ORL foram tendencialmente mais graves após a pandemia COVID-19.

Palavras-chave: Infeções ORL, COVID-19

PAS-017 – (23SPP-13038) – COMPARAÇÃO ENTRE PNEUMONIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE VERSUS STREPTOCOCCUS PYOGENES

Catarina Miguel Boto[1]; Sofia Raposo Carneiro[1]; Ana Araújo Carvalho[1]; Ana Lemos[2]; Rita Machado[1]; Margarida Pinto[3]; Ana Friães[3]; Mário Ramirez[3]; José Melo Cristino[3]; Catarina Gouveia[2]

1 – Unidade de Pediatria Médica, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2 – Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 3 – Instituto de Microbiologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Introdução e Objectivos

Streptococcus pneumoniae (Sp) é o principal agente de pneumonia complicada em idade pediátrica. A acompanhar o aumento da incidência da doença invasiva por *Streptococcus pyogenes* (SGA), o SGA tem emergido como causa importante de pneumonia. Pretendemos comparar os casos de derrame pleural parapneumónico/empiema (DPP/E) causado pelos dois agentes.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo, de crianças admitidas com diagnóstico de DPP/E num hospital de nível III, com identificação de Sp e/ou SGA em amostras biológicas estéreis entre janeiro/2018 e maio/2023. Consideraram-se 2 grupos: DPP/E por Sp e por SGA.

Resultados

Foram incluídas 36 crianças com DPP/E: 28 Sp e 8 SGA. Idade mediana 3 anos (AIQ 1-11), 22 do sexo masculino (62%). Todos tinham febre e a maioria tosse (78%), sinais de dificuldade respiratória (75%) e hipoxémia (56%). A identificação do agente foi maioritariamente por PCR no líquido pleural (LP) (94%), sendo que em 3 casos também houve isolamento em cultura (hemocultura 3 e LP 1). As crianças com DPP/E por SGA apresentaram derrame mais loculado (7 GA vs 22 Gp), maior necessidade de fibrinolíticos (3 GA vs 7 Gp), mais admissão em Cuidados Intensivos (7 GA vs 18 Gp) e a duração de internamento foi superior (27d GA vs 20d Gp), apesar de não significativas.
A maioria teve recuperação completa após o internamento, apenas 3 desenvolveram sequelas (1 GA vs 2 Gp). As estirpes de SGA estudadas eram emm 1 e 3 (dois emm 1 e um emm 3) e os Sp identificados foram predominantemente do serotipo 3 (61%), a maioria em doentes vacinados.

Conclusões

No último ano aumentou consideravelmente o número de pneumonias causadas por SGA. Embora sem significância estatística, atendendo à dimensão da amostra, as pneumonias por SGA parecem ter uma evolução clínica mais grave.

Palavras-chave: Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Pneumonia

PAS-018 – (23SPP-13072) – INTERNAMENTOS POR PNEUMONIA COMPLICADA – O ANTES E O APÓS A PANDEMIA COVID-19

Inês Lemos Martins[1]; Lucinda Amorim Delgado[1]; Sara Nogueira Machado[1]; Ana Luísa Lobo[1]; Ângela Dias[1]; Helena Ferreira[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução e Objectivos

A pandemia COVID-19 parece ter condicionado alteração da epidemiologia e padrão de infeções pediátricas. Pretendeu-se determinar o impacto da pandemia nos internamentos por pneumonia complicada em idade pediátrica.

Metodologia

Estudo retrospetivo dos internamentos por pneumonia complicada em idade pediátrica num hospital nível II (março/2017 a junho/2023). Compararam-se características epidemiológicas, achados clínicos, laboratoriais, imagiológicos e abordagens terapêuticas entre casos pré e pós-pandemia (P1 e P2).

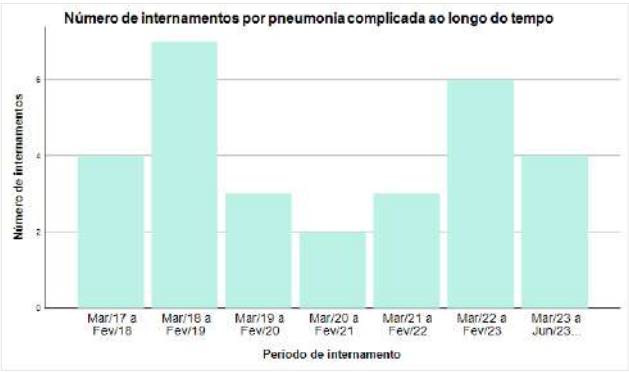
Resultados

Analisados 29 internamentos, 14 em P1 e 15 em P2, verificando-se predomínio de casos após suspensão do uso obrigatório da máscara. A mediana de idades foi de 9,5 anos em P1 e de 5,0 anos em P2, predominando o sexo masculino (57,1% e 53,3%, respetivamente). Febre e tosse foram as queixas mais frequentes em ambos os grupos (71,4% e 85,7% em P1, 93,3% e 80,0% em P2). Em P2, verificou-se aumento de doentes com sinais de dificuldade respiratória à admissão (53,3% vs. 28,6% em P1), sendo a hipóxia mais prevalente (33,3% vs. 0,0%; p<0,05) e o valor médio de PCR maior (214,15 vs. 107,87mg/L; p<0,05). Obtiveram-se resultados positivos em pesquisa de vírus respiratórios e/ou serologias em 72,7% do grupo P1 e 53,8% do grupo P2. Em ambos, o derrame pleural foi a complicação predominante, com resposta a antibioterapia endovenosa na maioria dos casos. Não houve diferenças na duração de internamento nem na necessidade de transferência para UCIP.

Conclusões

Tal como sugerido pela literatura, verificam-se repercussões da pandemia nos internamentos por pneumonia complicada, com maior gravidade dos casos à admissão. Estudos futuros são necessários para aferir a persistência deste impacto.

Palavras-chave: pneumonia, pneumonia complicada, pandemia, COVID-19, infeções



PAS-019 – (23SPP-12539) – CONGENITAL LOBAR EMPHYSEMA: A 10-YEAR CASE SERIES REVIEW

André Assunção[1]; Pedro Miragaia[1,2]; Filipa Flor-De-Lima[2,3]; Gustavo Rocha[3]; Catarina Ferraz[1,2]; Inês Azevedo[1,2,4]

1 – Department of Pediatrics, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 2 – Department of Gynecology-Obstetrics and Pediatrics, Faculty of Medicine, Universidade do Porto; 3 – Department of Neonatology, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 4 – EPIUnit – Public Health Institute, Universidade do Porto, Porto

Introdução e Objectivos

Congenital lobar emphysema (CLE) is a rare congenital lung malformation that causes one or more pulmonary lobes to overinflate by an air-trapping-like mechanism, and may cause progressive respiratory distress. It is diagnosed in 1 in every 20,000-30,000 neonates. Diagnosis is usually made postnatally, with most cases identified in the first six months of life, but advances in ultrasound technology have allowed for some prenatal diagnosis.

Metodologia

Clinical review of the diagnosed CLE cases over the past 10 years in our Centre by clinical records.

Resultados

Four cases were identified in the past 10 years: two had prenatal diagnosis and remained asymptomatic and the other two developed symptoms after birth. Chest radiographic imaging was performed in all, and CT-scan has performed in 3 cases. The symptomatic cases required lobectomy. Histologically, broncho-alveolar involvement with over distension of the affected lobe without destruction of surrounding pulmonary parenchyma, is typically described. During follow-up, a slight decrease in residual volumes, total lung capacity and forced expiratory volume was revealed, with no long-term pulmonary dysfunction was evident.

Conclusões

CLE is a rare disease with unknown etiology in 50% of cases. The diagnosis of CLE can be made prenatally or postnatally. Imaging techniques such as chest X-ray and CT scan are useful for diagnosis, and echocardiographic evaluation is recommended. Conservative management may be an option for patients with no or few symptoms, while open thoracotomy is recommended for those with worsening symptoms.

Palavras-chave: Congenital lobar emphysema, Congenital Lung disease, Lung overinflation, Pulmonary Emphysema, Outcome

PAS-020 – (23SPP-12726) – UTILIZAÇÃO DE CÂNULAS NASAIS DE ALTO FLUXO EM IDADE PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL NÍVEL I

Maria Miguel Resende[1]; Patrícia Gomes Pereira[1]; Patrícia Campos[1]; Tomás Ferrão[1]; Katia Mauricio[1]; Rita Alvelos[1]; Cátia Martins[2]; Margarida Camacho Sampaio[2]; Bárbara Leal[1]; Inês Sobreira[1]; Maria Manuel Flores[1]

1 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 2 – Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

A utilização de cânulas nasais de alto fluxo (CNAF) tem sido cada vez mais frequente em idade pediátrica. Para além da bronquiolite aguda, a sua utilização tem sido alargada para casos de pneumonia e asma com hipoxemia e sinais de dificuldade respiratória moderada-grave. O objetivo deste estudo foi analisar a utilização desta modalidade de oxigenoterapia após implementação de um protocolo de abordagem.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo da utilização de CNAF em doentes internados no serviço de pediatria de um hospital de nível I, de fevereiro 2022 a junho 2023.

Resultados

Foram colocados em CNAF 18 doentes, 59% sexo masculino, mediana de idade de 3 meses (mínimo 1 mês, máximo 14 anos), com diagnósticos mais frequentes de pneumonia/broncopneumonia (56%) e bronquiolite aguda (39%). O Vírus Sincicial Respiratório foi o agente mais frequentemente identificado (44%). Foram administrados em 50% dos casos broncodilatadores, 67% adrenalina nebulizada, 89% corticoterapia sistémica, 61% furosemida e 56% antibioterapia.
A mediana do dia de doença no início de CNAF foi de 6 dias (mínimo 1, máximo 10) e a média da duração de utilização de CNAF foi de 5 dias, sem complicações associadas. O fluxo e a fração inspirada de oxigénio (FiO2) foram ajustadas individualmente. Realizaram-se 2 transferências para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do hospital de referência, na mesma doente, em episódios diferentes, por necessidade de suporte ventilatório.

Conclusões

A utilização de CNAF para além dos bons resultados clínicos, tem potencial para reduzir a necessidade de suporte ventilatório e transferência para UCI. Destaca-se assim a mais-valia da existência deste método de administração de oxigénio, especialmente em hospitais sem UCI.

Palavras-chave: Oxigenoterapia, Cânulas Nasais de Alto Fluxo, Hipoxemia, Bronquiolite Aguda, Pneumonia, Asma

PAS-021 – (23SPP-12752) – A EXPERIÊNCIA DO RASTREIO NEONATAL DE FIBROSE QUÍSTICA NUM CENTRO DE REFERÊNCIA DE FIBROSE QUÍSTICA

Pedro Miragaia[1,3]; David Rabiço-Costa[1,3]; Susana Oliveira[2]; José Fontoura-Matias[1,3]; Catarina Ferraz[1,3,4]; Sónia Silva[1,3,4]; Ana Marcão[5]; Laura Vilarinho[5]; Inês Azevedo[1,3,4]

1 – Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães; 3 – Departamento de Ginecologia Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 4 – Centro de Referência de Fibrose Quística, Centro Hospitalar Universitário de São João; 5 – Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética, Departamento de Genética Humana, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Porto

Introdução e Objectivos

O rastreio neonatal da Fibrose Quística (RNFQ), passo fundamental para o diagnóstico precoce e estabelecimento de um programa de intervenção, está incluído no Programa Nacional de Rastreio Neonatal (PNDP) nacional desde outubro de 2013.

O objetivo deste trabalho foi analisar o diagnóstico definitivo nos casos referenciados a um Centro de Referência de Fibrose Quística (Cre-FBQ) por RNFQ positivo.

Metodologia

Estudo retrospetivo dos recém-nascidos (RN) referenciados por RNFQ positivo nos últimos 10 anos.

Resultados

Dos 31 RN referenciados, a notificação ao Cre-FBQ ocorreu em média aos 34 dias de vida. O diagnóstico foi confirmado em doze RN (38,7%), enquanto seis (19,4%) tiveram diagnóstico inconclusivo. Não foram encontradas diferenças significativas entre RN com diagnóstico confirmado e excluído quanto à idade gestacional (p=0,11) e ao peso ao nascimento (p=0,60). RN com FQ apresentaram valores médios mais altos no primeiro (200 vs. 82 ng/mL, p<0,001) e no segundo (185 vs. 70 ng/mL, p=0,002) doseamentos de Tripsinogénio Imunorreativo (IRT), mas não no doseamento de Proteína Associada à Pancreatite (PAP) (p=0,08). A prova de suor confirmou o diagnóstico de todos os doentes; quatro eram homozigotos para a mutação F508del, mutação presente em 83% dos doentes. Dos seis recém-nascidos inicialmente com diagnóstico inconclusivo, um teve já alta, enquanto os outros mantêm seguimento anual e nenhum converteu para FQ.

Conclusões

O RNFQ proporcionou o diagnóstico e a orientação precoce das crianças com FQ. Contudo, a alta taxa de falsos positivos destacou a necessidade de repensar as estratégias de rastreio, de modo a evitar ansiedade familiar e otimizar os resultados do programa.

Palavras-chave: Pneumologia, Doença multissistémica

PAS-022 – (23SPP-12827) – TERAPÊUTICA MODULADORA NA FIBROSE QUÍSTICA: DADOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

André Costa Azevedo[1,2]; Regina Pinto Silva[1,3]; José Fontoura-Matias[1]; Sónia Silva[1,4]; Tereza Nunes[1]; Catarina Ferraz[4]; Inês Azevedo[1,4,5,6]

1 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 2 – Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 4 – Centro de Referência de Fibrose Quística, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 5 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal; 6 – EpiUnit, Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução e Objectivos

A Fibrose Quística (FQ) é uma doença crónica causada por mutações do gene CFTR. Em julho de 2021, a terapêutica moduladora com elexacaftor–tezacaftor–ivacaftor (ELEXA-TEZA-IVA) foi aprovada em Portugal para doentes com mais de 12 anos e o uso do lumacaftor/ivacaftor (LUMA-IVA) alargado para doentes com mais de 2 anos. O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto destas terapêuticas em crianças com FQ.

Metodologia

Estudo observacional e retrospetivo por análise dos processos clínicos das crianças com FQ a realizar terapêutica moduladora, seguidos num centro de referência.

Resultados

Dos 11 doentes tratados, 9 com ELEXA-TEZA-IVA e 2 com LUMA-IVA, mediana de idade de 15 [14-18] anos, 64% são do sexo feminino, 7 homozigotos F508del, 91% têm insuficiência pancreática e 18% diabetes relacionada com FQ (Tabela 1). Verificou-se diminuição das exacerbações, melhoria do z-score do IMC (pré-tratamento -0,56 [IQR -1,04–0,17]; 6 meses 0,34 [IQR -0,46–0,72]) e da qualidade de vida; melhoria significativa do FEV_1 (pré-tratamento 81,9% [IQR 63,5–93,8]; 6 meses 93,0% [IQR 83,2–114,0]); diminuição do valor de cloretos na prova de suor (pré-tratamento 120 [IQR 92–127] mmol/L; 6 meses 57 [IQR 39–83] mmol/L), com normalização em 4 crianças, e diminuição do espessamento brônquico e impactação mucóide no TC do tórax. Dois doentes apresentaram efeitos adversos: exantema em D2 de ELEXA-TEZA-IVA; náusea e vómitos persistentes com LUMA-IVA, um com necessidade de suspensão da terapêutica.

Conclusões

A introdução da terapêutica moduladora na FQ mostrou um impacto significativo quer a nível clínico, quer na qualidade de vida destes doentes. Os fármacos foram geralmente bem tolerados.

Palavras-chave: Fibrose Quística, Terapêutica moduladora

	Terapêutica Moduladora (n = 11)		
	lumacaftor/ivacaftor (n=2)	*elexacaftor–tezacaftor–ivacaftor (n=9)*	*Total*
Sexo feminino, n (%)	1 (50)	6 (55)	7 (64)
Idade (anos), Mediana [IQR]	14 [11-15]	15 [14-18]	15 [14-18]
Mutações, n (%) Homozigótico, F508del	2 (100)	5 (56)	7 (64)
Atingimento sistémico, n (%) Insuficiência pancreática Diabetes relacionada com FQ	 2 (100) 0 (0)	 8 (89) 2 (22)	 10 (91) 2 (18)
Prova do Suor (doseamento de cloretos, mmol/L), mediana [IQR] pré-tratamento 6 meses	 121 [120-122] 94 [83-104]	 103 [92-127] 48 [39-71]	 120 [92-127] 57 [39-83]
FEV_1 pré-tratamento (%), mediana [IQR] pré-tratamento 6 meses 12 meses	 88,5 [88,5-88,5] 89,6 [86,1-93,0] 105,0 [105,0-105,0]	 80,9 [63,4-95,2] 93,0 [79,3-117,0] 95 [80,5-107,6]	 81,9 [63,5-93,8] 93,0 [83,2-114,0] 100 [81,4-107,5]
IMC pré-tratamento (z-score), mediana [IQR] pré-tratamento 6 meses	 -0,93 [-1,98-0,12] -1,27 [-2,12- -0,42]	 -0,56 [-1,03-0,35] 0,44 [-0,46-0,94]	 -0,56 [-1,04-0,17] 0,34 [-0,46-0,72]
Efeitos adversos, n (%) sim	 1 (50)	 1 (9)	 2 (18)

Legenda: IQR – intervalo interquartil | **FQ** – Fibrose Quística

PAS-023 – (23SPP-13007) – MONITORIZAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE CRIANÇAS COM FIBROSE QUÍSTICA NA ERA DOS MODULADORES DA CFTR – NOVOS DESAFIOS EMERGEM

Mariana Nunes[1]; Beatriz Andrade[1]; Carolina Constant[2,3]; Luísa Pereira[2,3]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro de Referência de Fibrose Quística, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Introdução e Objectivos

Com a terapêutica com moduladores da CFTR (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*) tem-se verificado alterações na microbiologia das vias respiratórias.

Objetivo: avaliar o efeito dos moduladores da CFTR [lumacaftor/ivacaftor (LUMA/IVA) e ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor (IVA/TEZA/ELEXA)] nas secreções respiratórias e isolamento de bactérias em crianças com Fibrose Quística.

Metodologia

Consulta retrospetiva de exames microbiológicos de secreções respiratórias no ano anterior e posterior ao início de terapêutica e identificação das bactérias isoladas em três grupos: LUMA/IVA (grupo O), IVA/TEZA/ELEXA (grupo K) e IVA/TEZA/ELEXA após período sob LUMA/IVA (grupo OK).

Resultados

Identificámos 32 doentes: grupo O: 11 crianças [idade média início (IMI) 6,7A], grupo K: 8 crianças (IMI 12,4A), grupo OK 13 crianças (IMI 10,4A). Grupo O: nº médio de colheitas ano anterior: 5,3 (isolamento em 91%: *P.aeruginosa* 36%, *S.aureus* 82%, *S. maltophilia* 9%, *B. cepacia* 9%, outras 45%); ano seguinte: 3,5 (isolamento em 82%: *S.aureus* 73%, *P. aeruginosa* 18%). Grupo K: nº médio de colheitas ano anterior: 3,8 (isolamento em 75%: *P. aeruginosa* 38%, *S.aureus* 75%, outras 63%); ano seguinte: 1,25 (isolamento em 38%: *S.aureus* 25%, *S. maltophilia* 13%, outras 38%). Grupo OK: Pré-LUMA/IVA nº médio de colheitas: 6 (isolamento em 100%: *P. aeruginosa* 46%, *S.aureus* 85%, *MRSA* 23%, *B. cepacia* 7%, outras 23%). Pré- IVA/TEZA/ELEXA nº médio de colheitas: 6,6; ano seguinte: 1,6 (isolamento em 30%: *S.aureus* 30%, *S. maltophilia* 7%, outras 7%).

Conclusões

Verificou-se redução nas amostras microbiológicas colhidas, bem como no isolamento de bactérias patogénicas. A diminuição de produção de secreções leva a dificuldade na monitorização microbiológica.

Palavras-chave: Moduladores CFTR, Fibrose quística, Microbiologia, P.aeruginosa, crianças

PAS-024 – (23SPP-12596) – DRUG-INDUCED ENTEROCOLITIS SYNDROME (DIES): ENTIDADE RARA OU DESCONHECIDA?

Joao Oliveira[1]; Inês Pais Cunha[2]; Sofia Varelo Branco[3]; Inês Mazeda[3]; Inês Vivas[3]; Inês Falcão[3]; Maria José Dinis[3]

1 – Serviço de pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro hospitalar universitário do Santo Antonio; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário São João; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Póvoa de Varzim Vila do Conde

Introdução / Descrição do Caso

DIES trata-se de um síndrome similar ao FPIES caracterizado por uma reação alérgica não IgE mediada após contacto com um fármaco.

Os sintomas são vômitos incoercíveis, não imediatos, associados a diarreia, hipotensão e, em casos graves, choque hipovolémico.

Descrito pela primeira vez em 2014, os autores acreditam que a sua raridade prende-se ao facto de ser pouco diagnosticada.

Devemos considerar este diagnóstico em crianças com provas cutâneas e IgEs específicas negativas e nas quais a prova de provocação elicita vômitos não imediatos. Não existem marcadores analíticos específicos, mas a presença de neutrofilia e triptase normal favorecem o diagnóstico.

Descrevemos 2 casos associados à amoxicilina + ácido clavulânico (A+AC). 2 rapazes de 10 e 9 anos com história de reação à toma de A+AC com diarreia e vómitos.

Apresentavam ambos IgEs específicas negativas pelo que foram propostos para PPO que realizaram em Janeiro e Maio de 2023 respetivamente.

Durante a realização da prova mantiveram-se clinicamente estáveis e terminaram a PPO sem intercorrências. Cerca de 1 hora após o término da prova iniciaram quadro de vômitos incoercíveis com necessidade de fluidoterapia e ondansetron EV para controlo sintomático.

Após o primeiro caso em Janeiro colocou-se a hipótese de se tratar de um DIES e estudou-se a abordagem de possíveis casos pelo que em Maio quando a 2ª criança apresentou sintomas semelhantes foi realizado estudo analitico que demonstrou neutrofilia corroborando a hipótese diagnóstica.

Comentários / Conclusões

Assim, com os dois casos, pretendemos demonstrar que esta entidade é muito provavelmente, tal como aconteceu inicialmente com o FPIES, subdiagnosticada pelo seu desconhecimento e elucidar as suas manifestações e abordagem diagnostica.

Palavras-chave: fpies, alergia, fármacos

PAS-025 – (23SPP-12741) – EFICÁCIA DE UM GEL PERIOCULAR ESPECÍFICO PARA O ECZEMA DAS PÁLPEBRAS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Olga Cabrerizo[1]; Raquel Arroyo[1]; Noemi Serra[1]; Lidia Torra[1]; Alicia Marín[1]

1 – LETI Pharma, S.L.U.

Introdução e Objectivos

Avaliar a eficácia e a aceitabilidade cutânea, ocular e periocular de um gel especificamente formulado para o eczema das pálpebras em crianças e adolescentes com tendência a pele atópica e com sintomas de irritação/eritema/prurido no contorno dos olhos e um historial de eczema periocular.

Metodologia

Foram incluídos 20 voluntários (18 meses-17 anos), ambos sexos, que apresentavam irritação/eritema/prurido no contorno dos olhos e história prévia de eczema periocular (1-2 episódios nos últimos 3-4 meses). Todos os indivíduos tinham predisposição para pele atópica e pelo menos 50% tinham pele e olhos sensíveis. O produto foi aplicado na zona periocular durante 14 dias, pelo menos duas vezes por dia. No 15.º dia, um dermatologista, um pediatra e um oftalmologista avaliaram a eficácia clínica e a tolerância cutânea foi avaliada através de exame visual. A eficácia e as propriedades sensoriais do produto foram também avaliadas pelos pais.

Resultados

A aceitabilidade cutânea, ocular e periocular foi muito boa, sem efeitos indesejados. A avaliação clínica mostrou uma redução estatisticamente significativa (p<0,05) da vermelhidão (-58%) e da descamação (-42%) da zona afetada. Em relação à autoavaliação, 100% dos voluntários mostraram uma melhoria em todos os parâmetros (vermelhidão, descamação, suavidade, prurido, sensação de repuxamento, irritação,frescura). A maioria dos voluntários (≥95%) ficou satisfeita com as propriedades sensoriais do produto.

Conclusões

O gel periocular demonstra eficácia clínica na redução da vermelhidão e da descamação causadas pelo eczema periocular. Além disso, demonstrou ser eficaz na autoavaliação dos voluntários e ter excelentes propriedades sensoriais. Com uma tolerância muito boa testada sob controlo dermatológico, oftalmológico e pediátrico.

Palavras-chave: eczema, pele atopica, POPULAÇÃO PEDIÁTRICA, PÁLPEBRAS, eczema periocular

PAS-026 – (23SPP-12721) – SÍNDROME DE TURNER – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDADE PEDIÁTRICA

Inês Pais-Cunha[1]; Laura Leite De Almeida[1]; Bárbara Pereira-Neto[1]; Sofia Ferreira[2]; Rita Santos Silva[2]; Paulo Almeida[3]; Cíntia Castro-Correia[2,4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Serviço de Psicologia, Centro Hospitalar Universitário de São João; 4 – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução e Objectivos

A Síndrome de Turner (ST) é uma das anomalias cromossómicas mais comuns no sexo feminino. Dado seu atingimento multissistémico precoce, a ST impõe desafios que podem afetar a qualidade de vida (QLdV) em idade pediátrica.

Metodologia

Estudo de corte transversal com aplicação do questionário PEDS-QL4.0 a doentes com Síndrome de Turner (ST). Comparação dos resultados com a média da população portuguesa. (Lima L, 2009)

Resultados

Incluímos 10 doentes, mediana de idade 12,5 anos (6-16 anos). Todas as doentes realizaram hormona de crescimento (HC), mediana de tempo de tratamento de 4,7 anos (0,7-10,3), e 4 doentes fizeram tratamento com estradiol. Mediana de percentil de altura adaptado ao ST: 90 (25-97). Quatro doentes tinham seguimento em consulta de desenvolvimento por perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA). As doentes com ST tiveram um score de QLdV escolar inferior à população geral (64,9 vs 78,16, p=0,01). As doentes com ST e PHDA tiveram, em média, uma diminuição de 16,5 pontos no score de QLdV escolar (p=0,038), em relação às que não têm PHDA. Os scores de QLdV global e emocional foram tendencialmente inferiores nas doentes com ST em relação à população geral (71,30 vs 79,81, p=0,051 e 61,5 vs 73,34, p=0,055, respetivamente), no entanto estes resultados não tiveram associação com percentil de altura ou IMC.

Conclusões

Tal como tem vindo a ser descrito na literatura, há uma prevalência significativa de PHDA nas doentes com ST e esta tem um impacto na QdV. A estatura e o peso não pareceram influenciar os scores de QdV, no entanto a nossa população apresentava uma mediana elevada de altura dentro dos percentis de ST, o que reflete a importância do tratamento atempado com HC.

Palavras-chave: sindrome de turner, hormona de crescimento, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, qualidade de vida

PAS-027 – (23SPP-12724) – NÍVEIS DE VITAMINA D E IMC NUMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA – O EFEITO DO CONFINAMENTO OBRIGATÓRIO DURANTE A PANDEMIA A SARS-COV-2

Mariana Oliveira[1]; Ana Cláudia Moura[1]; Cláudia Miguel[1]; Mariana Pinto[1]; Marta Barros[1]; Nuno Almeida[1]; Rosa Arménia Campos[2]; Ana Luísa Leite[2]; Maria Adriana Rangel[2]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho; 2 – Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica, Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução e Objectivos

Durante a pandemia COVID-19, o confinamento pode ter diminuído a exposição solar e, consequentemente, os níveis de vitamina D (vitD) nas crianças. Objetivo: comparar os níveis de VitD pré e durante a pandemia, numa população pediátrica.

Metodologia

Incluiram-se todos os doseamentos de 25(OH)D realizados entre março/2019 e março/ 2021 em crianças e adolescentes com >12 meses. Se mais de um doseamento/indivíduo, considerou-se o primeiro.

Resultados

Foram analisadas 1001 amostras de um total de 1455 (69%): 51% no sexo masculino, 80% caucasianos, idade mediana (Md) de 11,2 anos e Md de SDS-IMC de 0,85. A Md de VitD foi 58nmol/L, 6% tendo deficiência (<30nmol/L) e 32% insuficiência (30-50nmol/L). Observou-se a variabilidade sazonal esperada: níveis máximos no verão e mínimos no inverno. O valor de 25(OH)D correlacionou-se inversamente com a idade (r=-0,26, p<,001) e com o SDS-IMC (r=-0,19, p<,001). Ao comparar o grupo pré (n=665) e durante pandemia (n=336), os níveis médios de 25(OH)D aumentaram (54nmol/L vs 63nmol/L, p<,001), em todas as estações exceto no verão. Os casos de défice reduziram 5% e insuficiência 13%. Em 32% a suplementação de VitD foi prescrita e correlacionou-se estatisticamente com o valor de 25(OH)D (p<.001), a estação do ano (menor no verão, p<,001) e grupo etário (mais em adolescentes, p=0,007). Observou-se uma redução do SDS-IMC (1,04 vs 0,62, p=0,017) e da obesidade (27% vs 19%) entre os dois grupos.

Conclusões

De acordo com a literatura revista, este é o primeiro estudo a mostrar melhoria nos níveis de VitD e do IMC durante a pandemia COVID-19. Podemos presumir que esta melhoria nos níveis de VitD pode estar relacionada com a redução do IMC e com o aumento das atividades ao ar livre.

Palavras-chave: Vitamina D, IMC, Confinamento, SARS-CoV-2

PAS-028 – (23SPP-12853) – CARCINOMAS DIFERENCIADOS DA TIRÓIDE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ANÁLISE RETROSPETIVA DE 20 ANOS

Margarida Vicente-Ferreira[1]; Ana Laura Almeida[1]; Rita Santos Silva[2]; Janine Coelho[3]; Norberto Estevinho[4]; Teresa Faria[5]; Helena Barroca[6]; Cíntia Castro-Correia[2]; Maria Bom-Sucesso[3]

1 – Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 2 – Unidade de Endocrinologia Pediátrica, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 3 – Serviço de Oncologia Pediátrica, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 4 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 5 – Serviço de Medicina Nuclear, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 6 – Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

Introdução e Objectivos

Carcinomas diferenciados da tiróide (CDT) são raros em pediatria, mas a sua incidência tem aumentado.O objetivo deste trabalho foi caraterizar a população de doentes com carcinoma da tiróide em idade pediátrica nos últimos 20 anos, num centro terciário.

Metodologia

Análise retrospetiva dos casos de CDT em menores de 18 entre 2000-2021.A estratificação de risco foi baseada nas *guidelines* da *American Thyroid Association*.

Resultados

Incluídos 63 doentes (77,8% femininos).Média de idade ao diagnóstico de 14,5 anos(±3,8).A apresentação clínica mais comum foi nódulo solitário da tiróide (55,9%).Em 6,3% existia história familiar de tumor maligno da tiróide.Em 77,8% não se identificou fator de risco, e em 5 doentes (7,9%), os CDT foram secundários a radioterapia.O tipo histológico mais comum foi papilar (90,5%) e a maioria era unifocal (59,3%). Em 31,5%, ocorreu extensão extra tiroideia. Foram submetidos a tiroidectomia total 41,9% e a tiroidectomia total e disseção cervical 30,7%. 34,9% dos doentes foram reoperados. A complicação cirúrgica mais comum foi lesão do nervo laríngeo recorrente (9,5%). Considerados 61% de baixo risco, 8,5% de intermédio e 30,5% elevado. Carcinomas de risco elevado, apresentavam tumor maior (comparativamente: baixo risco com mediana de 1,3cm *vs* intermédio de 1,6 cm *vs* elevado de 2,2 cm) *p 0,012*. 27% tiveram doença persistente e 4,8% recorrente. Houve 2 óbitos (3,2%), ambos em jovens que tiveram CDT secundário a outra doença oncológica.

Conclusões

Os nossos resultados são sobreponíveis aos das principais séries publicadas.Salientamos o baixo número de complicações pós-operatórias e a elevada prevalência de doença persistente, o que demonstra a importância do seguimento destes jovens por equipas multidisciplinares em centros de referência.

Palavras-chave: Carcinomas diferenciados tiróide

PAS-029 – (23SPP-12597) – CONHECIMENTOS RELATIVOS A BEBIDAS VEGETAIS COMO SUBSTITUTOS DO LEITE DOS CUIDADORES EM PORTUGAL

João Nogueira Oliveira[1]; IsabelLoureiro[2]; Susana Cadilhe[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, CHUdSA,
2 – USF Santa Clara, ACES Grande Porto IV - Póvoa do Varzim / Vila do Conde

Introdução e Objectivos

O leite é, na dieta pediátrica, um alicerce sendo o consumo do mesmo recomendado universalmente. No entanto, o consumo de bebidas de base vegetal (BBV) como substituto do leite tem aumentado drasticamente. O consumo isolado de BBV acarreta riscos nutricionais. Ainda assim o conhecimento dos cuidadores relativamente a estes riscos é desconhecido.O intuito deste trabalho foi através de um questionário adaptado avaliar os conhecimentos dos cuidadores relativamente as BBV.

Metodologia

Os questionários foram entregues em formato digital no centro de saúde e foi obtido o consentimento informado.

Resultados

Foram obtidas 106 respostas,maioria do sexo feminino (91%).As BBV eram a bebida principal em 34% das famílias e as mais comuns eram a de soja (60%) e a de amendoim (31%). Apenas 25% dos cuidadores mencionaram o consumo das BBV aos profissionais de saúde.Os métodos para obter informações nutricionais mais referidos foram a pesquisa na internet e a leitura dos rótulos. Relativamente aos fatores que influenciavam a escolha aqueles que mais influenciavam foram o impacto ambiental e o sabor.
A grande maioria respondeu erroneamente relativamente ao valor nutricional das BBV no valor calórico (77%), proteico (69%), lipídico (31%), vitamina D (83%) e de cálcio (66%).Adicionalmente, apenas 7% consideravam as BBV inferiores nutricionalmente e a grande maioria acredita que existe regulação suficiente sobre as BBV (83%) e que não existem riscos de saúde associados (79%).

Conclusões

Este estudo demonstra que existe uma lacuna grande no conhecimento dos valores nutricionais e dos riscos de saúde das BBV. É também alarmante o facto da grande maioria não discutir estes consumos com os profissionais de saúde e acreditarem que as BVV são equivalentes nutricionalmente ao leite.

Palavras-chave: leite, bebidas-vegetais, conhecimentos

PAS-030 – (23SPP-12720) – GASTROENTERITE AGUDA A ROTAVÍRUS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – A REALIDADE DOS ÚLTIMOS 5 ANOS DE UM HOSPITAL DE NIVEL II

Mariana Sá Pinto[1]; Rita Carneiro Martins[1]; Rui J. Miranda[1]; Inês Alexandra Azevedo[1]; Joana Ferreira[1]; Hugo Loureiro[1]; Lúcia Gomes[1]; Miguel Costa[1]

1 – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução e Objectivos

A Gastroenterite Aguda (GEA) subsiste como segunda causa mais frequente de recorrência aos Serviços de Urgência (SU) apesar das medidas de saúde pública implementadas, das quais se destaca o grande investimento na vacinação contra o rotavírus. O objetivo do estudo foi caracterizar a população de crianças diagnosticadas com GEA a Rotavírus no SU de um hospital de nível II nos últimos 5 anos.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo e analítico da população de crianças diagnosticadas com GEA a Rotavírus no SU de um hospital de nível II entre 2018 e 2023.

Resultados

Foram incluídos 2552 casos, com uma taxa de positividade para identificação de rotavírus em 9,3% (237 casos). Em 98% destes casos foi possível obter informação sobre o estado vacinal contra o Rotavírus, 67.4% não vacinados e 32.6% vacinados com pelo menos 1 dose da vacina. A mediana de idade ao diagnóstico foi 1 ano, 75 crianças (31.6%) foram internadas com uma duração média de internamento de 6 dias, 88.2% por motivos diretamente relacionados com a infeção pelo vírus, sendo o mais frequente desidratação (36.8%). Não foi detetada associação estatisticamente significativa entre a presença de vacinação e a necessidade e duração do internamento, bem como a idade à data do internamento. Não houve tendência de aumento do número de internamentos no período em estudo, registando-se apenas uma diminuição nos anos pandémicos.

Conclusões

Neste estudo a existência de inoculação contra o Rotavírus não foi estabelecida como fator protetor estatisticamente significativo quer para a necessidade de internamento quer para a diminuição da sua duração. Desta forma, os autores salientam a pertinência de reforçar a pesquisa dos serótipos patogénicos específicos de modo a compreender se a cobertura vacinal está a ser adequada.

Palavras-chave: Rotavírus, Gastroenterite, Vacinação

PAS-031 – (23SPP-12799) – TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT EM IDADE PEDIÁTRICA

Rita Marchante Pita[1]; Teresa Botelho[1]; Luís Ferreira[2]; Sandra Ferreira[1]; Susana Nobre[1]; Paulo Donato[2]; Isabel Gonçalves[1]

1 – Unidade de Hepatologia e Transplantação Hepática Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; 2 – Departamento de Imagem Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução e Objectivos

A evidência sobre o *Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt* (TIPS) em idade pediátrica é ainda limitada. Dados recentes mostram uma taxa de sucesso técnico de 93% e clínico de 79% e patência primária aos 2 anos de 62%. Pretende-se avaliar o sucesso técnico e clínico do TIPS em idade pediátrica.

Metodologia

Estudo retrospetivo das crianças e adolescentes (<18 anos) seguidos numa Unidade de Hepatologia e Transplantação Hepática Pediátrica e submetidos a TIPS de janeiro de 2004 a julho de 2023.

Resultados

O TIPS foi realizado em 12 crianças/adolescentes (66,7% rapazes), com idade mediana 13,4 anos, por complicações da hipertensão portal (n=11; 91,7%) ou como "ponte" para transplante hepático (n=1; procedimento urgente). Numa outra criança não se conseguiu realizar o procedimento após duas tentativas. Três crianças/adolescentes (25%) tiveram complicações imediatas associadas ao TIPS (disfunção do *stent*, hemoperitoneu e infeção). Duas faleceram (8 e 57 dias após TIPS) por complicações da doença de base. Nas restantes crianças/adolescentes (n=10), com uma duração mediana de seguimento até à data de 7,7 anos (8 meses – 19 anos), houve melhoria dos sinais de hipertensão portal em 70% (n=7). Em dois casos registou-se novo agravamento da hipertensão portal (3,1 e 11,7 anos após TIPS). Houve disfunção do *shunt* em 3 casos, com uma taxa de patência primária aos 2 anos de 80% e aos 5 anos de 70%. Dois adolescentes foram submetidos a transplante hepático (2,6 e 3,6 anos após TIPS) por progressão da hepatopatia crónica.

Conclusões

Nesta série, o TIPS teve uma taxa de sucesso técnico e clínico de 92,3% e 70%, respetivamente, com complicações imediatas em 25%. A patência primária aos 2 anos foi de 80%. Não houve mortalidade relacionada com o procedimento.

Palavras-chave: Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt, Pediatria, Hipertensão Portal

PAS-032 – (23SPP-13040) – UTILIDADE DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Catarina Pinto Silva[1]; Mariana Lopes Costa[1,2]; Cláudia Arriaga[1]; Juliana Roda[1]; Carla Maia[1]; Susana Almeida[1]; Ricardo Ferreira[1]

1 – Serviço de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Introdução e Objectivos

A endoscopia digestiva (ED) em pediatria evoluiu com um número crescente de indicações o que levanta questões face à adequação, risco-benefício e segurança.
Objetivos: Avaliar a frequência com a qual os achados na ED permitem estabelecer um diagnóstico e alterar a atitude terapêutica.

Metodologia

Estudo de coorte realizado entre janeiro 2021 e outubro 2022, que inclui todas as crianças que realizaram ED num hospital pediátrico terciário. As variáveis analisadas foram: indicação para o exame, achados endoscópicos e histológicos e terapêutica. Foram excluídos portadores de doença gastrointestinal conhecida.

Resultados

Amostra de 170 crianças (57% sexo feminino), com idade mediana de 13 (8-15) anos. Em 113 crianças realizadas ED altas, em 14 colonoscopias e em 43 crianças realizados os dois exames. As indicações mais frequentes foram: 44 suspeita de doença celíaca, 40 suspeita de doença inflamatória intestinal e 38 epigastralgia. Não houve complicações durante o procedimento. Em 47/170 a ED não mostrou alterações histológicas, nestes as indicações mais frequentes foram: epigastralgia (13) e suspeita de doença celíaca (12). Nos restantes, os diagnósticos mais frequentes foram: 31 doença celíaca, 28 gastrite por Helicobacter pylori e 21 doença de Crohn. A ED confirmou a suspeita clínica em 115/170 dos casos e em 46/170 não houve concordância entre achados macroscópicos e histológicos. Verificou-se uma mudança de terapêutica após resultado da endoscopia em 99/170 dos casos.

Conclusões

No nosso estudo, a ED pediátrica foi um procedimento seguro que confirmou a existência de patologia orgânica e permitiu a instituição de terapêutica adequada na maioria dos casos.

Palavras-chave: Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Histologia

PAS-033 – (23SPP-12730) – CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE – EXPERIÊNCIA NUM SERVIÇO DE PEDIATRIA

Adriano Pereira[1]; Ana Bandeira Santos[1]; Ricardo Azevedo[1]; Alexandra Sequeira[1]; Fernanda Carvalho[1]

1 – Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução e Objectivos

Avaliar a perspetiva dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente é essencial para introduzir mudanças e melhorar os cuidados de saúde prestados. Objetivo: Avaliar a perceção da cultura de segurança num serviço de pediatria.

Metodologia

Estudo transversal, aplicando o questionário validado "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais", traduzido e usado pela DGS, de preenchimento anónimo, com escala de Likert aplicada a 12 dimensões, para análise da perceção de médicos e enfermeiros de um serviço de pediatria sobre segurança do doente. Análise descritiva e inferencial ($p<0,05$) com ®SPSS (v.27), usando teste chi-quadrado.

Resultados

Obtidas 45 respostas (79% da população estudo), 87% sexo feminino, 58% com ≥ 40 anos e 67% médicos. As dimensões "Trabalho em equipa" e "Abertura na comunicação" obtiveram mais respostas positivas. "Frequência de notificação" e "Apoio à segurança do doente pela gestão" obtiveram menos respostas positivas. A segurança do doente foi avaliada positivamente por 47% dos participantes e 76% não notificou eventos. Dos profissionais com < 40 anos, 16% deram resposta positiva na "Dotação de profissionais", sem significância estatística. Quanto à afirmação "Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido", concordam 24% dos médicos e 73% dos enfermeiros ($p=0.006$). Não há relação estatisticamente significativa entre a "Frequência da notificação" e "Resposta ao erro não punitiva".

Conclusões

Apesar da amostra limitada, este estudo apresentou alguns resultados similares aos obtidos pela DGS, assumindo relevância para avaliar a cultura de segurança e estabelecer uma base de comparação com estudos futuros mais abrangentes, sendo útil explorar questões acima levantadas, para melhorar a qualidade dos serviços.

Palavras-chave: Segurança do Doente, Qualidade em Saúde, Pediatria

PAS-034 – (23SPP-12902) – ALTA COM EXAMES LABORATORIAIS EM CURSO. E DEPOIS?

Marta Rodrigues[1]; Ana Rita Fradique[2]; Daniela Couto[1]; Cristiana Carvalho[1]; Arminda Jorge[1]

1 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; 2 – Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

Em idade pediátrica são múltiplas as causas de observação médica urgente, sendo muitas vezes necessária a realização de exames complementares de diagnóstico (ECD).
Com o objetivo de assegurar que todos os resultados são verificados e comunicados em tempo útil, foi implementado num hospital de nível II, um sistema de registo dos exames laboratoriais com resultado em curso à data de alta.

Metodologia

Estudo retrospetivo dos ECD com resultado pendente à data de alta do serviço de Pediatria, no ano de 2022, num hospital de nível II.

Resultados

Foram registados, 1706 ECD com resultado pendente à data de alta, 1674 (98%) provenientes do serviço de urgência (SU) e 32 (2%) do internamento.
Destes exames, 1085 (63,6%) correspondiam a pesquisas de vírus nas secreções respiratórias, 335 (19,6%) a uroculturas, 150 (8,8%) a hemoculturas, 120 (7,0%) a coproculturas/pesquisa de vírus nas fezes e 16 (0,9%) a outros exames.
A taxa de positividade dos resultados foi 42%.
A mediana da idade dos doentes foi de 3 anos (IQR 1-8).
Foram realizados 1617 contactos, em média 1.63 dias após a realização da colheita (1.06 dias nas pesquisas de vírus respiratórios, 1.90 dias nas uroculturas, 5.86 dias nas hemoculturas e 3.21 dias nas coproculturas/pesquisa de vírus nas fezes). Foram transmitidos aproximadamente 95% dos resultados. Em 57 contactos (3,5%) houve necessidade de ajuste da orientação clínica, nomeadamente ajuste do esquema terapêutico ou reavaliação clínica/laboratorial.

Conclusões

Esta metodologia permitiu a verificação de todos os resultados laboratoriais, com transmissão em tempo útil, garantido a reavaliação do doente com ajuste da orientação clínica sempre que necessário. Adicionalmente evitou contactos telefónicos desnecessários e recurso adicional ao SU pelos doentes.

Palavras-chave: Exames laboratoriais, reavaliação do doente, controlo de qualidade

PAS-035 – (23SPP-13000) – BANCO DE LEITE HUMANO DO NORTE (BLHN) – UM MODELO FUNCIONAL VALORIZADO

Susana Pissarra[1]; Rita Magalhães Moita[1]; Cristina Martins[2]; Susana Fraga[3]; Raquel Cadilhe[4]; Diana Silva[5]; Henrique Soares[1,6]

1 – Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Universitário São João; 2 – Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário São João; 3 – Unidade de Manipulação Clínica dos Serviços Farmacêuticos, Centro Hospitalar Universitário São João; 4 – Serviço de Acreditação, Centro Hospitalar Universitário São João; 5 – Serviço de Nutrição, Centro Hospitalar Universitário São João; 6 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Resultados

A existência de um BLH que sirva recém-nascidos (RN) elegíveis, tem particular importância na ausência de leite materno.

Com o objetivo de assegurar o fornecimento de leite humano de dadora (LHD) pasteurizado a RN de risco admitidos a UCIN da região Norte, foi inaugurado o BLHN, em 26/09/2022, graças à liderança motivada, focada no doente, instituindo práticas baseadas na evidência científica e suportadas por sistema de gestão de qualidade que visa a melhoria contínua, identificando as partes interessadas para responder às suas necessidades e expectativas, estimulando a sua motivação e comprometimento.

A instalação do BLHN baseou-se em recomendações científicas e pautou-se por rigor, segurança e qualidade nas diferentes etapas, nomeadamente recrutamento e gestão de dadoras, processamento e armazenamento de LHD, administração aos recetores e fornecimento a outras instituições hospitalares, com a definição e monitorização de pontos de controlo nas diferentes etapas e garantia da rastreabilidade.

Dada a complexidade dos elos da cadeia do modelo, foi fundamental a elaboração de um suporte documental que alicerçou toda a atividade do BLHN, bem como a formação transversal dos profissionais implicados nas diferentes fases do processo das diversas áreas clínicas e não clínicas (Obstetrícia, Neonatologia, Farmácia, Laboratório, Nutrição, Equipamentos, Informática).

A atividade do BLHN é alvo de monitorização permanente de indicadores de produtividade e segurança, na qual se esteia o seu objetivo de constante promoção da melhoria contínua.

Conclusões

O cumprimento dos requisitos da Norma ISO 9001:2015, permitiu a sua certificação a 18/04/2023, a qual constitui garantia de qualidade e transmite segurança a todas as partes interessadas.

Palavras-chave: Banco de Leite Humano, Qualidade, Segurança, Certificação

PAS-036 – (23SPP-12685) – ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDADE PEDIÁTRICA – A REALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Isabel Vasques[1]; Melani Noro[2]; Juliana Gomes[3]; Dinis Lucas[5]; Ana Cláudia Canhão[4]; Rui Ferraz[1]

1 – UCSP Guarda | ULS da Guarda; 2 – USF Carolina Beatriz Ângelo | ULS da Guarda; 3 – USF A Ribeirinha | ULS da Guarda; 4 – UCSP Pinhel | ULS da Guarda; 5 – UCSP Sabugal | ULS Guarda

Introdução e Objectivos

A ansiedade e a depressão estão entre as condições psiquiátricas mais comuns que afetam crianças e adolescentes, sendo os médicos dos cuidados de saúde primários (CSPs) muitas vezes o primeiro ponto de contacto. O objetivo principal deste estudo foi descrever a prescrição de fármacos a pacientes com ansiedade e/ou depressão em idade pediátrica. Foram estabelecidos como objetivos secundários, a prevalência destas patologias ao nível dos CSPs e a avaliação da referenciação a outras especialidades.

Metodologia

Identificámos 45 doentes, com idades entre os 6 e 18 anos, que tiveram pelo menos uma consulta com diagnóstico de ansiedade e/ou depressão em cinco unidades de CSPs. Através da revisão dos registos médicos (SClínico©, PEM©), analisámos a consulta em que foi codificada ansiedade e/ou depressão, bem como as subsequentes. Registámos o envolvimento de outras especialidades, a prescrição de medicação, outras comorbilidades e a presença de história familiar de perturbações psiquiátricas.

Resultados

A prevalência de depressão e de ansiedade foi 0,2% e 0,7% respetivamente. Dos 45 doentes avaliados, 66,67% foram referenciados, desses 36,67% para pedopsiquiatria, 33,33% para pediatria e 30% para psicologia. Necessitaram de tratamento farmacológico 48,89% dos pacientes, dos quais 36,36% foi iniciado pelo médico dos CSPs. O tratamento de eleição foi a sertralina (45,45%). Relativamente à medicação prescrita ao nível dos CSPs, em 75% (n=6) dos casos foi escolhida uma benzodiazepina.

Conclusões

A depressão e a ansiedade são condições subdiagnosticadas e/ou subcodificadas ao nível dos CSPs. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina são os fármacos de eleição no tratamento destas patologias, no entanto este estudo demonstra que esse não foi o grupo de eleição nos CSPs.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, idade pediátrica, cuidados de saúde primários, pedopsiquiatria, inibidores seletivos de recaptação de serotonina

PAS-037 – (23SPP-12774) – MAIS DO QUE UMA QUESTÃO DE PESO

Daniela Couto[1]; Marta Coutinho Rodrigues[1]; Ana Rita Fradique[2]; Nuno Lourenço[1]; Sofia Ferreira[1]

1 – CHUCB; 2 – HPC-CHUC

Introdução e Objectivos

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são doenças graves que podem passar despercebidas nos doentes com excesso peso/obesidade. Foram analisadas as características demográficas dos adolescentes com este diagnóstico, a sua evolução ponderal, alterações analíticas e ao exame objetivo e presença de comorbilidades.

Metodologia

Análise retrospetiva e descritiva de processos clínicos dos doentes seguidos em consulta de Obesidade e/ou Medicina do Adolescente num hospital nível II, com diagnóstico atual de PCA e antecedentes de excesso peso/obesidade entre 2018-2023.

Resultados

Sete adolescentes com PCA, 4 com Anorexia Nervosa e 3 com Bulimia, com uma mediana de idade de 15,8 anos (IQR 14.5-17.25) e de z-score IMC de +1,06 SD (IQR -0.44-1.92). 5 eram do sexo feminino. Tempo mediano de seguimento em consulta de 9 meses (IQR 8-28). Na 1ª consulta, em 5 doentes objetivou-se perda de peso prévia, que variou entre 1,8 e 21,6 Kg, e alterações do comportamento alimentar com duração mediana de 15 meses (IQR 6-29). Durante o seguimento em consulta verificou-se uma diminuição mediana de IMC de 5,5kg/m^2 (IQR 1.85-8). Aquando do diagnóstico, 57% apresentavam obstipação, 43% intolerância ao frio, 43% comportamentos autolesivos e 40% amenorreia. Ao exame objetivo, 43% com bradicardia e 29% com lanugo. Alterações analíticas mais comuns: ferropenia e aumento das transaminases (29%). Em 2 doentes diagnosticou-se Perturbação Depressiva e noutro Perturbação Ansiedade.

Conclusões

O excesso peso/obesidade afeta a autoestima do jovem com o corpo, tornando-o mais suscetível a alterações no comportamento alimentar. É essencial rastrear os comportamentos desajustados em todos os adolescentes e não apenas nos que apresentam baixo IMC, promovendo saúde e não apenas perda de peso.

Palavras-chave: Adolescente, Perturbações Comportamento Alimentar, Excesso Peso, Obesidade

PAS-038 – (23SPP-12818) – HÁBITOS ALIMENTARES DOS ADOLESCENTES NA CONSULTA DE MEDICINA DO ADOLESCENTE DE UM HOSPITAL NÍVEL II

Catarina Menezes[1]; Susete Vieira[1]; Joana Oliveira[2]; Filipe Oliveira[3]; Paula Fonseca[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Trás-Os-Montes e Alto Douro; 3 – Unidade de Medicina do Adolescente, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Médio-Ave

Introdução e Objectivos

A adolescência é o segundo pico de maior crescimento na vida, com elevadas necessidades energéticas e nutricionais e estudos mostram que são frequentes os erros e hábitos alimentares desadequados, de origem multifatorial, com potencial impacto na saúde a curto/longo prazo.

Metodologia

Estudo observacional dos hábitos alimentares dos adolescentes, de maio a julho 2023, na Consulta do Adolescente de um hospital nível II, através de questionário validado "*The Adolescent Food Habits Checklist*", traduzido para português, baseado nas escolhas/hábitos alimentares, com *score* máx.23 pontos (quanto maior o valor, maior a probabilidade de dieta saudável com correlação positiva ingestão diária de fruta/vegetais e negativa de gordura) e tratamento estatístico por SPSS® usando o *t-test*.

Resultados

Amostra 94 adolescentes, 56.4% sexo masculino, mediana idade 15 (min.10;máx.17anos), 75.3% no ensino regular, média IMC 22.4 Kg/m2 (DP 4.3) e 17% com obesidade (>P97) e 26.6% com excesso de peso (P85-97). Escolaridade ≥10ºano maternal de 49.5% e paternal de 36.6%. Mediana score de 13 (DP 4.5). Dos obesos/excesso de peso, maioria opta por (68.8/60%) sobremesas doces,(87.5/76%) bolos/produtos pastelaria,(68.8/60%) refrigerantes não-dieta, (62.5/68%) <3peças fruta/dia, mas refere baixa ingestão(56.3/80%) de gorduras,(68.8/60%) hambúrgueres/salsichas,(81.3/72%) açúcares,(81.3/52%) ingestão elevada de frutas/vegetais e (81.3/76%) considera ter uma dieta saudável.

Conclusões

A baixa mediana de *score* revela dieta desadequada, estando de acordo com a literatura, o que é suportado por 43.6% adolescentes com obesidade/excesso de peso, as escolhas alimentares e a baixa escolaridade global parental. Contudo, a maioria considera ter uma dieta saudável podendo-se associar a um precário conhecimento.

Palavras-chave: Alimentação, Obesidade, Erros alimentares, Adolescentes

PAS-039 – (23SPP-13058) – INTERNAMENTO POR PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: OS RAPAZES SÃO DIFERENTES?

Ana Teresa Guerra[1,2]; Ana Rita Constante[2,3]; Madalena Alexandre[2]; Catarina Borges[2]; Joana Simões[2]; Margarida Alcafache[2]; Rita Coelho[2]; Filipa Carlota Marques[2]; Leonor Sassetti[2]

1 – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE; 2 – Unidade de Adolescentes, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 3 – Hospital Distrital Caldas da Rainha, Centro Hospitalar do Oeste, EPE

Introdução e Objectivos

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são menos frequentes no sexo masculino (M), com um rácio de 1:10. Pretendemos caracterizar as PCA nos adolescentes do sexo M e as diferenças em relação ao sexo feminino (F).

Metodologia

Estudo descritivo, comparativo e correlacional, com base na consulta de processos clínicos dos adolescentes internados por PCA de 2017 a 2023 (n=12). Comparação com amostra do sexo F (n=75). Análise: SPSS®v23.

Resultados

A idade média ao diagnóstico foi 13 anos e o tempo prévio de doença 6,9 meses, inferior ao sexo F (p=0,033). Existia história de obesidade/ excesso de peso em 4 adolescentes.

A maioria (11) corresponderam a anorexia nervosa tipo restritivo. O exercício físico excessivo esteve presente em todos os casos, vómitos induzidos e *binge-eating* em apenas 1. O exercício físico excessivo e a prática desportiva foram mais frequentes no sexo M (p=0,001 e p=0,006, respetivamente). Os desportos mais praticados foram futebol/ futsal (6), artes marciais (3) e desportos aquáticos (2).

As principais manifestações orgânicas foram: cardiovasculares (10); tiroideias (9); hematológicas (7); lesão renal aguda (7). Registaram-se comorbilidades psiquiátricas em 4 casos: perturbação de ansiedade (2); obsessivo-compulsiva (1); tiques (1).

A duração média de internamento e taxa de reinternamento não variaram significativamente entre sexos, mas as altas contra parecer médico foram mais frequentes no sexo M (p=0,024).

Conclusões

O exercício físico excessivo e a prática desportiva foram mais frequentes no sexo M, evidenciando uma hipervalorização da forma física/ massa muscular. O tempo médio até diagnóstico foi inferior, o que pode ser explicado por uma forma de apresentação mais exuberante e/ ou maior alerta da comunidade para as PCA no sexo M.

Palavras-chave: perturbação comportamento alimentar, anorexia nervosa, masculino, internamento, exercício físico, desporto

Tabela – Características das PCA nos adolescentes internados e aplicação de testes estatísticos paramétricos e não paramétricos

	Sexo masculino (n=12)	Sexo feminino (n=75)	Testes estatísticos
Tempo médio até diagnóstico	6,9 meses	11,9 meses	U=273,500; **p=0,033**
IMC mediano para idade e sexo	76,8%	79,6%	t(85)=0,840;p=0,403
Obesidade/ excesso de peso	33,3% (4)	10,6%	X^2(1)=4,470;p=0,057
Prática desportiva	75% (9)	28,2%	X^2(1)=8,831;**p=0,006**
Classificação			
Anorexia nervosa tipo restritivo	91,6% (11)	80,0%	
Anorexia nervosa tipo purgativo	8,3% (1)	18,6%	X^2(2)=0,973;p=0,727
Evitante/ restritiva	0% (0)	1,3%	
Sintomas de PCA			
Exercício físico excessivo	100% (12)	50,6%	X^2(1)=10,301;**p=0,001**
Vómitos induzidos	8,3% (1)	18,6%	X^2(1)=0,774; p=0,683
Binge-eating	8,3% (1)	10,6%	X^2(1)=0,066; p=1,000
Laxantes	0% (0)	5,3%	X^2(1)=0,671; p=1,000
Manifestações orgânicas			
Cardiovasculares	83,3% (10)	61,3%	X^2(1)=2,183; p=0,199
Tiroideias (*Euthyroid sick syndrome*)	75,0% (9)	48,0%	X^2(1)=3,020; p=0,082
Hematológicas	58,3% (7)	42,6%	X^2(1)=1,027; p=0,311
Lesão renal aguda pré-renal	58,3% (7)	29,3%	X^2(1)=3,915; p=0,095
Eletrolíticas	33,3% (4)	10,6%	X^2(1)=4,470; p=0,057
Elevação das transaminases	25,5% (3)	20,0%	X^2(1)=0,158; p=0,707
Hipoglicémia	16,6% (2)	16,0%	X^2(1)=0,003; p=1,000
Comorbilidades psiquiátricas	33,3% (4)	38,6%	X^2(1)=0,125; p=1,000
Duração média do internamento			
Unidade de Adolescentes	10 dias	10 dias	U=378,500; p=0,937
Unidade de Pedopsiquiatria	41 dias	42 dias	t(75)=0,892; p=0,892
Duração total	38 dias	52 dias	t(79)=1,798; p=0,076
Reinternamento	41,6% (5)	27,5%	X^2(1)=0,939; p=0,489
Alta contra parecer médico	41,6% (5)	12,1%	X^2(1)=6,382; **p=0,024**

PAS-040 – (23SPP-12655) – HÁBITOS DE EXPOSIÇÃO AO ECRÃ NA IDADE PEDIÁTRICA: UMA INTERVENÇÃO ESCOLAR COM AVALIAÇÃO SERIADA DO IMPACTO

Helena Marques Da Silva[1]; Helena Rebelo Martins[2]; Rui Correia De Sá[2]; Olenka Hahn[2]

1 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), Vila Nova de Famalicão; 2 – Unidade de Saúde Familiar (USF) Famalicão I do ACES Ave Famalicão, Vila Nova de Famalicão

Introdução e Objectivos
A utilização inadequada de dispositivos eletrónicos com ecrã na idade pediátrica é uma realidade atual. Sendo conhecidos os riscos inerentes e a limitada divulgação das recomendações disponíveis, desenvolveu-se um projeto de intervenção na comunidade escolar com avaliação seriada do seu impacto.

Metodologia
Foi realizada uma intervenção em 156 alunos do 2ºciclo. Efetuaram-se, em cada turma, duas sessões com intervalo de duas semanas. Cada sessão consistiu numa exposição oral seguida de uma atividade didática sem utilização de ecrã. Aplicou-se um mesmo questionário antes da intervenção, 1 mês pós-intervenção e 6 meses pós-intervenção.

Resultados
Seis meses após a intervenção observou-se redução da proporção de alunos com pelo menos três dispositivos no quarto (20,0%) e de alunos com TV no quarto (54,3%). Registou-se uma percentagem inferior de adolescentes que utiliza quatro ou mais redes sociais/aplicações de *chat* (25,7%) e com exposição nos intervalos das aulas (65,7%) e durante o estudo (40,0%). Observou-se, ainda, diminuição da proporção de alunos com exposição às refeições (57,2%) e com tempo de ecrã excessivo à semana (45,7%) e ao fim-de-semana (74,3%). Todas estas reduções (pré-intervenção VS 6 meses pós-intervenção) foram estatisticamente significativas ($p<0,001$). Comparando a avaliação do 1º mês com a do 6º mês, apenas a redução da proporção de alunos com pelo menos três dispositivos no quarto foi estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Conclusões
A intervenção promoveu hábitos saudáveis de exposição ao ecrã, principalmente após decorridos seis meses. Este tipo de projeto é fundamental, e a avaliação seriada, ao permitir uma compreensão mais abrangente do seu impacto, sugere que programas de curta duração poderão integrar a solução para o panorama atual.

Palavras-chave: comunidade escolar, ecrã, exposição, impacto, intervenção, seriado, tempo de ecrã

PAS-041 – (23SPP-12832) – AVALIAÇÃO HEPÁTICA DE CRIANÇAS OBESAS ATRAVÉS DE ELASTOGRAFIA POR IMPULSO DE FORÇA DE RADIAÇÃO ACÚSTICA (ARFI)

Inês Gameiro[1]; Catarina Pinto Silva[1]; Raquel Soares[1]; Ângela Moreira[2]; Maria José Noruegas[2]

1 – Serviço de Pediatria Ambulatória, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Imagem Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

O Fígado Gordo Não Alcoólico engloba um espetro de doença hepática que inclui esteatose hepática, esteatohepatite e fibrose hepática, sendo obesidade o seu principal fator de risco.
A Elastografia por ARFI é uma técnica integrada no sistema de ecografia convencional, que avalia elasticidade do fígado, traduzida por velocidade de onda cisalhamento(SWV).
Objetivo:avaliação hepática de crianças obesas por Elastografia por ARFI, correlacionado dados ecográficos, antropométricos e analíticos

Metodologia

Estudo prospetivo, observacional, de crianças obesas(5-17A) seguidas em consulta de Obesidade, num hospital terciário dejan-dez/22.
Amostra de conveniência a quem foi realizada avaliação antropométrica, analítica e ecográfica(hepática) com ARFI. Significância p<0,05

Resultados

Participaram 48 crianças, 52% raparigas, com idade média 12,4A(5,6-17,8).A mediana do z-score IMC foi 2,8[2,03-3,1]. Analiticamente 21% tinham transaminases aumentadas, 38% valores borderline/ aumentados de colesterol total, 48%cLDL e 35% triglicéridos
Na ecografia abdominal 23% apresentavam esteatose hepática e 12% parênquima hepático ligeiramente hiperrefletivo. Na elastografia por ARFI a média SWV foi 1,19m/s(0,87-1,56), com 60,4% com valores no P10-90, 35,4%>P90 e 4,2%<P10. A tabela 1 mostra a relação entre os achados ecográficos com os percentis SWV e com categorias de fibrose por ARFI, com diferenças estatisticamente significativas observadas(p=0,046 e p=0,004). Não se verificou associação com resultados analíticos

Conclusões

Os resultados do estudo sugerem que crianças obesas com ecografias hepáticas normais podem já apresentar alterações na Elastografia por ARFI. Assim, esta técnica pode constituir um marcador precoce de alterações subtis no parênquima hepático deste grupo populacional

Palavras-chave: Obesidade, Elastografia, ARFI, Pediatria

Ecografia / ARFI	Normal	Hiperrefletividade ligeira	Esteatose hepática	Total
Categorias Percentis				
<P10	1	0	1	2
P10-90	14	3	10	27
>P90	16	3	0	19
Total	31	6	11	48
Categorias fibrose[b]				
Ø fibrose	13	3	11	27
Fibrose insignificante	18	3	0	21
Fibrose significativa	0	0	0	0
Total	31	6	11	48

Tabela 1. Relação entre achados ecográficos com categorias de Elastografia por ARFI: de acordo com percentis por idade e graus de fibrose

[a] Categorias de Percentis SWV para a idade, segundo o artigo: Hanquinet S, Courvoisier D, Kanavaki A, Dhouib A, Anooshiravani M. Acoustic radiation force impulse imaging-normal values of liver stiffness in healthy children. Pediatr Radiol. 2013;43(5):539-544.
[b] Categorias de fibrose: sem fibrose- SWV <1,2m/s, fibrose insignificante- SWV 1,2-1,6m/s, fibrose significativa- SWV >1,6m/s (Berná-Serna JD, Sánchez-Jiménez R, Velázquez-Marín F, et al. Acoustic radiation force impulse imaging for detection of liver fibrosis in overweight and obese children. Acta Radiol. 2018;59(2):247-253)

PAS-042 – (23SPP-12883) – IMPACTO DO USO DE DISPOSITIVOS DIGITAIS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Sofia Lima[1]; Ana Lamego[2]; Cristiana Carvalho[1,2]; Dário Ferreira[3]; Arminda Jorge[1,2,4]

1 – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; 2 – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior; 3 – Faculdade de Ciências – Universidade da Beira Interior; 4 – Centro Académico Clínico das Beiras

Introdução e Objectivos

A primeira infância é um período fundamental para o desenvolvimento físico, cognitivo e socioemocional. Assim, torna-se relevante analisar a influência de um mundo cada vez mais digital nesta faixa etária. O objetivo deste estudo foi avaliar o uso de dispositivos digitais em idade pré-escolar, assim como as suas potenciais implicações na visão, obesidade, sono e comportamento.

Metodologia

Foi realizado um estudo observacional, descritivo, analítico e transversal, que incluiu 107 crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 6 anos (média 3,4 anos) que recorreram à consulta externa de Pediatria. Foram aplicados questionários e recolhidos dados sociodemográficos, dados sobre o uso de dispositivos digitais, Índice de Massa Corporal (IMC), padrões de sono, queixas ou problemas visuais e alterações comportamentais.

Resultados

Verificou-se que o tempo de exposição de ecrã (TEE) aumenta com a idade, tanto em dias úteis (coeficiente de Spearman=0,271; p=0,011), como aos fins-de-semana (coeficiente de Spearman=0,345; p<0,001). As crianças que mais utilizam dispositivos digitais durante a semana também os utilizam com maior frequência aos fins-de-semana (coeficiente de Spearman=0,644; p<0,001). Verificou-se que 72,2% das crianças com idade inferior a 2 anos apresenta um TEE em excesso, assim como 53,9% das crianças com idade igual ou superior a 2 anos. O TEE não mostrou associação estatisticamente significativa com problemas visuais, comportamento, tempo total de sono diário ou IMC.

Conclusões

As crianças têm acesso a dispositivos digitais de forma precoce e o TEE recomendado facilmente é excedido. É importante sensibilizar os cuidadores e profissionais de saúde no que diz respeito a esta temática e promover atividades alternativas ao uso de dispositivos digitais.

Palavras-chave: Dispositivos digitais, Idade pré-escolar, Comportamento, Visão, Obesidade

PAS-043 – (23SPP-12966) – QUAL O PANORAMA DE DIAGNÓSTICO E COMORBILIDADES DA TRISSOMIA 21?

Maria Inês Sousa[1]; Mariana Martins[1]; Madalena Von Hafe[1]; Ana Raquel Marques[2]; Catarina Belo[1]; Ana Maia[1,3]; Diana Bordalo[1,3]

1 – Serviço de Pediatria da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – Serviço de Cardiologia Pediátrica da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 3 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução e Objectivos

A Trissomia 21(T21) é a cromossomopatia mais frequente em nados vivos. Um adequado acompanhamento, com enfoque nas comorbilidades mais frequentes, pode fazer a diferença na sua qualidade de vida. O objetivo do estudo foi caracterizar uma população com T21.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo, com avaliação de dados referentes a doentes com T21 com episódio de consulta ou internamento entre 2008 e 2023 num hospital terciário.

Resultados

Incluíram-se 192 doentes (53,6% do sexo masculino), tendo falecido 14 (7,3%). A idade média foi de 14 anos. As idades materna e paterna foram, em média, 33 e 36 anos, com valores máximos de 51 e 52 anos, respetivamente. Em 62,8% dos casos não houve diagnóstico pré-natal (DPN) de T21. Após o nascimento, 63,8% apresentaram cardiopatia congénita. Destes, 69,5% não tinham DPN de cardiopatia e 44,4% foram submetidos a intervenção cirúrgica. Principais comorbilidades observadas: hipotiroidismo (41,1%), síndrome de apneia obstrutiva do sono (29,3%), esteatose hepática (15,7%), alterações hematológicas (anemia, leucopenia, linfocitose, trombocitopenia, leucemia linfoblástica aguda e síndrome mieloproliferativo[9,6%]), hérnias umbilicais, inguinais e diafragmáticas (6,8%), catarata congénita (3,1%), doença celíaca (2,6%), diabetes mellitus tipo 1 (2,1%), doença de Hirschsprung (1,0%) e instabilidade atlantoaxoideia (1,0%).

Conclusões

A idade avançada dos progenitores e a ocorrência de comorbilidades foram frequentes, como descrito na literatura. Uma grande percentagem dos doentes teve diagnóstico de cromossomopatia e de cardiopatia apenas após o nascimento. É crucial uma vigilância adequada da gestação, tirando partido das inovações nos métodos de rastreio e DPN, para melhorar estes resultados.

Palavras-chave: Trissomia 21, Síndrome de Down, comorbilidades, Diagnóstico pré-natal

PAS-044 – (23SPP-13008) – PROJETO DE COLABORAÇÃO DA CONSULTA DESCENTRALIZADA DE OBESIDADE INFANTIL – 15 MESES DE COLABORAÇÃO

David Rabiço-Costa[1]; Sérgio Santos[4]; Patrícia Tuna[3]; Daniela Lourenço[4]; Rosa Ferreira[2]; Gisela Morais[2]; Marisa Soares[2]; Céu Espinheira[1,5]; Susana Corujeira[1,6]; Sofia Ferreira[1,6]; Ana Maia[1]; Paula Mouta[7]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João – Porto; 2 – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, Agrupamento Centros de Saúde Maia/Valongo; 3 – Unidade Saúde Familiar Valongo, Agrupamento Centros Saúde Maia/Valongo; 4 – Unidade Saúde Familiar Íris, Agrupamento Centros Saúde Maia/Valongo; 5 – Unidade Gastroenterologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João – Porto; 6 – Unidade Endocrinologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João – Porto; 7 – Vogal Conselho Clínico e de Saúde, Agrupamento Centros Saúde Maia/Valongo

Introdução e Objectivos

A obesidade infantil é um preocupante desafio de saúde pública a nível global. Metade da população mundial adulta terá excesso de peso ou será obesa no ano 2030 na tendência atual. A iniciativa pretende incentivar ao controlo do peso excessivo a nível dos cuidados de saúde primários (CSP) e na criação de uma ponte de comunicação e atuação entre estes e os cuidados de saúde hospitalares (CSH). Através desta articulação pretende-se otimizar o seguimento pediátrico peso excessivo em CSP, com o aconselhamento e incentivo para a adoção de um estilo de vida saudável com uma alimentação adequada e a prática de exercício físico regular e, se necessário, a sua referenciação aos CSH. Desta forma pretende-se reduzir os custos em saúde através da diminuição de consultas hospitalares e da previdência de complicações ou outras doenças associadas, através do controlo e seguimento em CSP.

Resultados

101 referenciações com 55 doentes em seguimento. 60% do sexo masculino, idade média 10,6 anos. 72,7% têm antecedentes familiares de obesidade. 71% teve pelo menos 2 consultas, e destes, 66,7% apresentam uma redução do IMC com uma perda média de 3,13 Kg. A presença de comorbilidades como acantose nigricans, perfil tensional elevado, dislipidemia, insulinorresistência e esteatose hepática foram alguns parâmetros analisados.

Conclusões

A diminuição da sobrecarga da consulta hospitalar, o menor tempo de espera, a realização de mais reavaliações e a maior comodidade para os doentes são as principais vantagens. A articulação entre os CSP e os CSH é vital para a melhoria da prestação de cuidados, pois o estreitamento de relações beneficia todos os intervenientes, mas sobretudo aquele que é o elemento central do Serviço Nacional de Saúde – o Doente

Palavras-chave: Obesidade Infantil, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares

PAS-045 – (23SPP-12595) – GRAVIDEZ EM IDADE JOVEM – IMPACTO NA MÃE E NO FILHO

Ana Carolina Alves[1]; Mariana Sebastião[1,2]; Ricardo Carvalho Rodrigues[3]; Maria Manuel Zarcos[1]

1 – Centro Hospitalar de Leiria; 2 – Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Unidade de Saúde Familiar PoLis, ACeS Pinhal Litoral

Introdução e Objectivos

A maternidade em idades precoces pode ter impacto na vida da jovem e da criança. O objetivo deste estudo foi caracterizar o impacto social nas mães em idade jovem e na saúde dos seus filhos.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo através de chamada telefónica e consulta dos processos clínicos de mães com idade < 20 anos e dos seus filhos, no período de junho de 2020 a junho de 2023, num hospital de nível I.

Resultados

Foram incluídas 134 crianças, 70 (52%) do sexo feminino. A mediana de idade das mães foi de 18 anos (mínimo 14 anos), 75% tinha naturalidade portuguesa e 17% brasileira. Houve uma má vigilância das gestações em 34% e 21% mencionaram ter consumos. Metade dos casos foram avaliados pelo Serviço Social. O seguimento médico das crianças é maioritariamente (71%) no Centro de Saúde, sendo que 7% não tem seguimento. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) está atualizado em 90% das crianças e 24% têm vacinas extra-PNV. Antes do nascimento dos filhos 52/99 (53%) das mães eram estudantes e 23/99 (23%) estavam empregadas. Após o nascimento 28/52 (54%) deixaram de estudar e 19/52 (37%) não têm emprego; das que estavam empregadas 8/23 (35%) ficaram desempregadas. Durante o dia 63/96 (66%) das crianças fica em casa (52% com a mãe e 48% com outros familiares), 28/96 (29%) frequenta a creche. Vivem em famílias nucleares 36/99 (36%) das crianças, 15/99 (15%) em famílias monoparentais e 48/99 (49%) em famílias alargadas.

Conclusões

A gravidez em idade jovem não é devidamente vigiada e existem consumos nocivos. Esta tem impacto social nas mães com desistência dos estudos ou perda de emprego. Por outro lado, os filhos são uma população em risco, alguns sem vigilância e com o PNV não atualizado. Quase metade vivem em famílias alargadas.

Palavras-chave: Maternidade, Mãe jovem, Filhos, Social

PAS-046 – (23SPP-12712) – À PROCURA DE SAÚDE: DOENTES PALOP – EXPERIÊNCIA DE CINCO ANOS NUMA UNIDADE DE PRIMEIRA INFÂNCIA

Nina Berdianu[1]; Raquel Neves[1]; Madalena Alexandre[1]; Swasilanne Sousa[1]; Margarida Almendra[2]; Ana Isabel Carvalho[2]; Raquel Domingues[2]; Paula Rocha[2]; Sara Ferreira[2]; Diana Amaral[2]; Rosário Perry[2]; Beatriz Costa[2]; Rita Machado[2]

1 – Área da Pediatria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Unidade de Pediatria Médica 5.1, Hospital Dona Estefânia, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução e Objectivos
A assistência médica a doentes evacuados de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) é prestada ao abrigo de protocolos políticos de evacuação, contudo muitos deslocam-se por meios próprios (MP) à procura de melhores cuidados.
Pretendemos caracterizar os doentes internados numa Unidade de Pediatria de Primeira Infância (UPPI) e refletir sobre a sua complexidade.

Metodologia
Estudo descritivo, retrospetivo e unicêntrico, de coorte de doentes oriundos de PALOP, internados numa UPPI de um hospital de nível III, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022.

Resultados
Foram internados 71 doentes, 62% do sexo masculino, com idade mediana de 16 meses. O principal país de origem dos evacuados foi São Tomé e Príncipe (44%) e dos vindos por MP foi Angola (58%). O número de internados aumentou ao longo dos anos, com um pico em 2022 (39%). Os motivos mais comuns de vinda foram do foro neurológico seguido de motivos cirúrgicos. A mediana da duração de internamento foi 10 dias. Identificaram-se comorbilidades importantes como atraso de desenvolvimento psicomotor (43%), ausência de autonomia alimentar (32%) e peso <P3 (44%). A maioria realizou estudo complementar diferenciado e 74% necessitaram de intervenções cirúrgicas. A taxa de mortalidade foi 84,5/1000 e em 7% foi tomada decisão de não reanimação. 96% mantiveram seguimento em consultas externas e 79% acompanhamento social. Apenas 7 doentes regressaram ao país de origem. A mediana do custo de internamento/doente foi 1529,58 €.

Conclusões
A maioria destes doentes tem doenças complexas, muitas com prognóstico reservado, com uma utilização extensa dos recursos do Serviço Nacional de Saúde. É essencial otimizar a articulação entres países e planear os cuidados de modo mais eficaz e sustentável.

Palavras-chave: PALOP, Doentes evacuados

PAS-047 – (23SPP-13081) – QUALIDADE DE VIDA E PRÁTICA DESPORTIVA EXTRACURRICULAR EM DOENTES PEDIÁTRICOS COM TETRALOGIA DE FALLOT CORRIGIDA

Bárbara Ribeiro De Aguiar[1]; Ana Rita Constante[2]; Adriana Costa[3]; Mafalda Pereira[4]; Maria Estevens[5]; Isabel Graça[5]; João Rato[5]; Rui Anjos[5]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Caldas da Rainha; 3 – Serviço de Pediatria, Hospital Fernando da Fonseca; 4 – Serviço de Pediatria, Hospital de Faro; 5 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz

Introdução e Objectivos
A tetralogia de Fallot é a cardiopatia congénita cianótica mais frequente. O aumento da sobrevida após cirurgia corretiva justifica uma avaliação detalhada da qualidade de vida destes doentes e formas de a promover. Avaliámos a perceção parental da qualidade de vida dos seus filhos e eventuais fatores determinantes.

Metodologia
Estudo observacional transversal, através de um inquérito online a pais de crianças com tetralogia de Fallot (5-18 anos) seguidas em consulta de Cardiologia Pediátrica. O inquérito consistiu num questionário original incluindo o Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (versão parental), prática desportiva, padrão de sono e avaliação social, aplicado de março a julho de 2023.

Resultados
Obtiveram-se 52 questionários, entre 74 contactos, relativos a crianças com idade média de 10±3 anos. A qualidade de vida destas crianças, pela perceção parental, é inferior à das crianças portuguesas saudáveis nas dimensões física (71.8% vs. 83.5%, p<0.001) e psicossocial (72.7% vs. 78.2%, p=0.01). A prática de desporto extracurricular versus a não prática associa-se a uma melhor qualidade de vida física (78.6% vs. 64.8%, p=0.01) e psicossocial (78.2% vs. 67%, p=0.01). Verificou-se uma correlação positiva entre o número de horas de desporto praticadas e a qualidade de vida física (r=0.72, p<0.001). Fatores como a idade, índice de massa corporal, número de cirurgias, padrão de sono ou classe social não se correlacionaram com a qualidade de vida.

Conclusões
Crianças com tetralogia de Fallot corrigida têm uma qualidade de vida inferior à das crianças saudáveis, pela perceção dos pais, e a prática de desporto regular associa-se à sua melhoria. Justifica-se assim que a avaliação dos hábitos desportivos seja parte integrante do seguimento destas crianças.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Prática Desportiva Extracurricular, Tetralogia de Fallot, Cardiopatias Congénitas

PAS-048 – (23SPP-12961) – ESTARÃO OS NOSSOS CUIDADORES EM RISCO DE SOBRECARGA?

Elsa Machado Guimarães[1]; Daniela Paiva Catalão[1]; Margarida Henriques[1]

1 – Centro Hospitalar de Leiria

Introdução e Objectivos

Cuidar de crianças/jovens com doenças crónicas complexas (DCC) está associado a diversos desafios psicológicos, físicos e emocionais, com consequências negativas para a saúde dos cuidadores e para a sua qualidade de vida.

OBJETIVO: Caraterizar a sobrecarga dos cuidadores de crianças e jovens com DCC seguidos pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP) do tipo generalista.

Metodologia

Estudo transversal, analítico e descritivo, através da consulta dos processos clínicos e aplicação (on-line) da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit aos cuidadores principais de crianças e jovens acompanhados atualmente pela EIHSCPP (SPSS®29).

Resultados

Responderam 16 cuidadores (66.7% da amostra), todos familiares da criança, sendo maioritariamente a mãe (n=13, 81.3%). As crianças cuidadas apresentam uma diversidade etária, com mediana nos 12,5 anos (43.8% entre os 13-18 anos), sendo todas pertencentes às áreas da Neurologia, Metabólicas e Genética.

Na nossa amostra, a maioria dos cuidadores apresenta uma sobrecarga moderada (n=8, 50%) ou moderada a severa (n=7, 43.8%), sendo as questões principais "que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas", "que as suas relações sociais são afetadas negativamente (…)", "sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem (…)" e "sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar".

Conclusões

A experiência enquanto cuidador de uma criança dos CPP varia muito de pessoa para pessoa. Apesar da nossa amostra ser reduzida, permite concluir que os nossos cuidadores apresentam risco moderado a severo de sobrecarga, pelo que podem beneficiar de cuidados adicionais, para melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: sobrecarga, cuidadores, cuidados paliativos pediátricos, doença crónica complexa

PAS-049 – (23SPP-12693) – TRATAMENTO COM BIFOSFONATOS NA OSTEOGÊNESE IMPERFEITA

Anabela Bandeira[1]; Carolina Fraga[1]; Célia Azevedo Soares[1]; Joana Correia[1]; Margarida Paiva Coelho[1]; Esmeralda Martins[1]; Gabriela Soares[2]

1 – Centro Hospitalar Universitário de Santo Antonio; 2 – Centro Hospitalar de Tras-os-Montes e Alto Douro

Introdução e Objectivos

O tratamento com bifosfonatos na osteogénese imperfeita (OI) aumenta a densidade mineral óssea e reduz o número de fraturas mas o esquema e a duração deste tratamento ainda necessita de investigação.

Metodologia

Estudo retrospetivo de crianças com OI tratadas com bifosfonatos. Múltiplas variáveis foram comparadas antes e dois anos após o tratamento.

Resultados

21 crianças foram incluídas (12 do sexo masculino; 12 com tipo I, 4com tipo III e 4 com OI tipo IV). A idade mediana do primeiro tratamento foi de 5 anos de idade. O nº total de fraturas foi significativamente menor após o tratamento (mediana antes = 2, após = 0, p= 0,0014). A densidade mineral óssea e o score-z foram significativamente maiores após o tratamento (mediana antes = 0,370, após = 0,562, p= 0,0022; mediana antes = -2,8, após = -0,85, p= 0,0144).

Conclusões

O tratamento da OI com bifosfonatos foi eficaz na redução do número de fraturas e na melhoria da densidade mineral óssea e do score-z. A avaliação da resposta ao tratamento e da duração do mesmo deve ser feita de forma individualizada.

Palavras-chave: Osteogenese Imperfeita

PAS-050 – (23SPP-12751) – COMPLICAÇÕES OSTEOARTICULARES CRÓNICAS DA DOENÇA DE CÉLULAS FALCIFORMES – IDENTIFICAR PARA MELHORAR

Mariana Gaspar[1]; Maria Bandeira Duarte[1]; Carolina Amaro Gonçalves[2]; Catarina Salgado[2]; Maria João Palaré[2]; Graça Lopes[3]; Anabela Ferrão[2]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital de Santarém; 2 – Unidade de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria, Departamento de Pediatria do Centro Hospital Universitário Lisboa Norte; 3 – Serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospital Universitário Lisboa Norte

Introdução e Objectivos

As manifestações osteoarticulares (OA) fazem parte das complicações da doença de células falciformes (DCF), sendo a mais frequente a crise vaso-oclusiva óssea. A doença OA crónica – necrose avascular (NA) e osteomielite crónica (OMC) – é frequentemente silenciosa e subdiagnosticada.

Pretende-se determinar a prevalência e caracterizar as complicações OA crónicas em doentes com DCF da Unidade de Hematologia Pediátrica de um centro terciário.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo através da consulta de processos clínicos dos doentes com DCF seguidos na unidade com idade ≥10 anos.

Resultados

Dos 71 doentes com DCF e ≥10 anos, 58 (81,7%) tinham complicações crónicas, 14 dos quais com doença OA: NA (n=11) e OMC (n=4). A localização mais frequente foi o fémur e a tíbia, respetivamente. Todos de origem africana, 50% do sexo masculino. Seis migraram para Portugal pela DCF. Idade média de apresentação da complicação foi 11,9 anos [4-19], seis medicados com hidroxiureia. Cinco casos de NA necessitaram de cirurgia, um OMC foi tratada com oxigénio hiperbárico. Verificou-se limitação funcional da marcha em nove doentes. Cinco casos apresentaram alterações ósseas relacionadas com DCF sem diagnóstico de NA ou OMC.

Conclusões

Ocorreram complicações OA crónicas em 19,7% dos doentes. A mais frequente foi a NA do fémur, associada a morbilidade importante e doença incapacitante. As alterações ósseas precedem o desenvolvimento de complicações e não existe tratamento médico dirigido; assim o diagnóstico precoce com ressonância magnética e medidas preventivas poderão alterar o curso da doença OA. A densitometria óssea na vigilância da doença e o tratamento com oxigénio hiperbárico poderão ter um papel promissor, mas ainda carece de mais estudos.

Palavras-chave: Doença das células falciformes, Complicações osteoarticulares, Necrose avascular, Osteomielite crónica

PAS-051 – (23SPP-12771) – GLOMERULONEFRITE AGUDA PÓS-ESTREPTOCÓCICA – UMA REALIDADE A EMERGIR?

Ana Cristóvão Ferreira[1]; Adriana Costa[2]; Zakhar Shchomak[1]; Sara Costa[1]; Filipa Durão[1]; Patrícia Costa Reis[1]; Ana Rita Sandes[1]; José Esteves Da Silva[1]

1 – Unidade de Nefrologia e Transplantação Renal Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução e Objectivos

A incidência da glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica (GNAP) tem diminuído nas últimas décadas, contudo, tem-se verificado um aumento de casos na prática clínica nos últimos 6 meses.

Objetivo: Comparar o número de doentes seguidos por GNAP num centro terciário de Nefrologia Pediátrica e a sua gravidade em 2 períodos distintos.

Metodologia

Análise retrospetiva das crianças seguidas por GNAP na primeira metade do ano 2023 (G1) e nos anos 2018 e 2019 (G2). Foram descritos dados demográficos, clínicos e analíticos. Foram excluídos doentes com seguimento inferior a 1 mês.

Resultados

Foram incluídos 9 doentes: 7 no G1 (4 sexo masculino, idade mediana 7 anos) e 2 no G2 (1 sexo masculino, idade mediana 5,5 anos). No G1, a maioria seguiu-se a amigdalite aguda (5/7). A maioria tinha edema (5/7), hipertensão arterial (HTA) (5/7), lesão renal aguda (LRA) (5/7) e proteinuria nefrótica (4/7). Macrohematúria ocorreu em 3/7. Foi necessário internamento em 5/7. Um doente necessitou de técnica de substituição renal (TSR). No seguimento todos normalizaram a função renal, em média em 30 dias. No G2, 1 com isolamento de Streptococcus de grupo A no exsudado vaginal e outro com infeção respiratória baixa e subida de TASO. Um doente com edema, microhematúria, e HTA; o outro com macrohematúria e LRA. Ambos com proteinuria não nefrótica. Nenhum necessitou de TSR e a normalização da função renal ocorreu em média em 40 dias. Atualmente ambos sem microhematúria e proteinuria. Todos os doentes em G1 e G2 tinham consumo de C3 com C4 normal.

Conclusões

Verificou-se um aumento significativo do número de doentes seguidos por GNAP neste centro em 2023. É fundamental vigilância nacional para verificar eventual aumento da incidência da GNAP.

Palavras-chave: glumerolonefrite pós-estreptocócica, síndrome nefrítica, hematúria, Streptococcus grupo A

PAS-052 – (23SPP-12848) – 10 ANOS DE DOENÇA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA REFERENCIADA DOS PALOP

Cátia Martins[1]; Sónia Silva[1]; Filipa Curinha[1]; Sofia Almeida[1]; Sofia Simões[1]; Inês Luz[1]; Mónica Jerónimo[1]; Alice Carvalho[1]; Manuel João Brito[1]

1 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução e Objectivos
Em Portugal, são realizados cerca de 400 diagnósticos oncológicos em idade pediátrica por ano. A sobrevida dos doentes oncológicos pediátricos residentes em países de baixo e médio rendimento, pelo atraso diagnóstico e menores condições de tratamento, é significativamente inferior (20% vs. 80% nos países de elevado rendimento). Portugal estabeleceu protocolos de cooperação com Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) para orientação de casos de patologia oncológica pediátrica. Pretende-se caracterizar esta população, tratada num Centro de Oncologia Pediátrica (COP) português.

Metodologia
Estudo de coorte retrospetivo, dos doentes referenciados a um COP, entre janeiro/2013 a dezembro/2022.

Resultados
Foram referenciados 43 doentes, 65% do sexo masculino, com idade mediana de 3.2 anos. Eram provenientes da Guiné-Bissau 35%, de Cabo Verde 33%, de Angola 23%, de Moçambique 5% e de São Tomé e Príncipe 5%. O tempo mediano desde o início de sintomas até à primeira observação foi de 3 meses (0-35) e desta até à primeira consulta em Portugal foi de 2 meses (0-16). Foram diagnosticados 77% tumores sólidos (64% retinoblastoma e 15% rabdomiossarcoma), 70% não iniciou tratamento no país de origem e 24% tinha doença metastática. Recidivaram 23% dos doentes. A maioria (58%), encontra-se fora de tratamento, 9% estão em tratamento e 33% faleceram.

Conclusões
O número elevado de casos de retinoblastoma é justificado pela colaboração do COP com o único Centro de Referência Nacional em Onco-Oftalmologia. A educação para a saúde nos países de menores rendimentos é fundamental para a procura médica atempada e a resolução de entraves burocráticos também contribui para a celeridade na evacuação destes doentes.

Palavras-chave: Oncologia, Educação em saúde, Protocolo de Cooperação PALOP, Prognóstico

PAS-053 – (23SPP-12534) – SLEEP PROBLEMS IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS – A CROSS-SECTIONAL AND ANALYTICAL STUDY

Retirado a pedido do autor

PAS-054 – (23SPP-12603) – MIOSITE AGUDA BENIGNA DA INFÂNCIA: EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS NUM HOSPITAL NIVEL II

Joana Baptista De Lima[1]; Beatriz Falcão Cardoso[2]; Débora Matias[3]; Inês Aires Martins[1]; Joana Soares[3]; Joaquim Cunha[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário do São João; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução e Objectivos

A miosite aguda benigna da infância (MABI) é uma entidade clínica rara, autolimitada, que ocorre após uma infeção vírica. O objetivo deste estudo é caraterizar os doentes com MABI num hospital nível II na última década.

Metodologia

Estudo coorte retrospetivo. Incluídos doentes com MABI do serviço de urgência (SU) e do internamento entre 06/2013-06/2023.

Resultados

Incluídos 274 doentes, 55 destes internados. A idade média foi 7.5±2.9 anos, maioritariamente sexo masculino (74.5%). Os episódios ocorreram sobretudo no inverno (47.4%) e primavera (31.4%). Maioria apresentava mialgias (95%), 77 (28%) recusa da marcha e 7 (2.6%) marcha em pontas. O valor mediano da creatinoquinase (CK) foi 3548 (IIQ: 5794; min: 195; max: 27095) U/L. Analiticamente ocorreu elevação das transaminases em 154 (61.4%), leucopenia em 136 (49.8%) e trombocitopenia em 53 (19.4%). Dezasseis doentes (5.8%) tinham hematúria e nenhum lesão renal aguda. O virológico foi realizado em 26 doentes, 15 com Influenza A (57.7%). Os doentes internados tinham CK à admissão superior (8409 *vs* 2327U/L, p<0.001), assim como, elevação das transaminases (90.9% *vs* 53.1%, p<0.001), leucopenia (67.3% *vs* 45.4%, p=0.004) e trombocitopenia (29.1% *vs* 17.0%, p=0.042). Tempo médio de internamento: 3.5 dias. Cinco doentes realizaram estudo metabólico, mas sem alterações. Todos os doentes tiveram evolução favorável.

Conclusões

A presença de leucopenia e trombocitopenia em concomitante corroboram a etiologia virica. A ausência de complicações demonstra que a MABI é sobretudo autolimitada e benigna, sendo necessários mais estudos para aferir quais doentes beneficiam de internamento e terapêutica endovenosa. A ausência de consenso para efetuar estudo metabólico, justifica o reduzido número em que este foi realizado.

Palavras-chave: miosite, creatinoquinase, Infeção vírica

PAS-055 – (23SPP-12606) – O RECURSO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA POR ACIDENTES DOMÉSTICOS E DE LAZER ATÉ AOS 14 ANOS, NO ANO DE 2021, EM PORTUGAL.

Tatiana Alves[1]; Paula Braz[1]; Susana Silva[1]; Emanuel Rodrigues[1]; Ricardo Mexia[1]; Carlos Aniceto[1]; Mariana Neto[1]; Carlos Matias-Dias[1]

1 – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal.

Introdução e Objectivos

Os acidentes domésticos e de lazer (ADL) são eventos comuns nas crianças e jovens entre os 0 e os 14 anos e com impacto no volume das admissões aos Serviços de Urgência (SU).

Este estudo tem como objetivo descrever a distribuição dos episódios de ADL por idade, sexo, mecanismo de lesão, produto/objeto envolvido no acidente, hora admissão ao SU e triagem, em crianças e jovens ≤ 14 anos que recorreram ao SU.

Metodologia

Através do sistema EVITA procedeu-se à análise descritiva, com o apuramento das frequências absolutas e relativas (percentagens). Comparações entre proporções foram realizadas através do teste do Qui-quadrado de Pearson com um nível de significância de 5%.

Resultados

Em 2021 foram registados 49 569 episódios de ADL ocorridos em crianças e jovens até aos 14 anos. 42% foram observados em crianças entre os 10 e os 14 anos. A análise por grupo etário e sexo revelou uma proporção superior do sexo masculino, acima de 58% (p<0,01), em todos os grupos etários.

O maior recurso ao SU ocorreu no início da semana (32%), e o fim-de-semana foi o período de menor recurso ao SU (21%). No total dos episódios foram observados dois picos de procura às 15h (9,1%) e 16h (10,3%).

As quedas (56,6%) constituíram o principal mecanismo de lesão, sobretudo em "escola" (37,9%) e "casa" (35,7%).

A categoria de produto/objeto mais frequentemente envolvida dos 0-9 anos foi o "mobiliário" (27,7% e 25,2%, respetivamente). Entre os 10-14 anos destacou-se a categoria "Equipamento para atividades desportivas/lazer" (28,5%).

Conclusões

A idade da criança e do jovem ocupa um papel relevante na frequência de ADL. Assim, as combinações entre a idade e importantes etapas do desenvolvimento, devem ser consideradas para a compreensão de acidentes em idade pediátrica.

Palavras-chave: Acidentes domésticos e de lazer, Serviço de urgência, Hospitais, Crianças e jovens, Sistema EVITA

PAS-056 – (23SPP-12927) – INCIDÊNCIA DA TAXA DE INTOXICAÇÕES ADMITIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA ANTES E DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

Ana Filipa Mouro[1]; Diana Guedes[1]; Maria Inês Abreu[1]; Ana Garrido[1,2]; Otília Cunha[1,2]; Joana Rodrigues[1]; Joana Soares Dos Reis[1]

1 – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Sociedade de Urgência e Emergência Pediátrica

Introdução e Objectivos

A pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo na saúde mental das crianças e adolescentes, com aumento da incidência de ansiedade e depressão neste grupo etário. O objetivo deste estudo é avaliar a taxa de intoxicações medicamentosas voluntárias (IMV) na pediatria no período pré e durante a pandemia.

Metodologia

Estudo retrospetivo, descritivo e longitudinal das admissões no serviço de urgência (SU) do CHVNG/E por intoxicações, num período compreendido entre janeiro de 2017 a fevereiro de 2020 (pré pandemia – G1) e de março de 2020 a dezembro de 2022 (período pandemia – G2). Efetuou-se a análise estatística descritiva e inferencial através do SPSS®.

Resultados

De janeiro de 2017 a dezembro de 2022 foram admitidas 282 crianças por intoxicações no SU do CHVNG/E, destes 118 (41,8%) trataram-se de IMV. A mediana das idades é 16 (AIQ 2 no G1 e 3 no G2) e o sexo feminino foi o mais frequente em ambos os períodos. 44 destas (37,3%) foram na pré-pandemia, e os restantes 74 (62,7%) foram durante a pandemia, verificando-se um aumento de 68%. No G1, 56,8% tinham antecedentes de patologia psiquiátrica, tendo esta percentagem aumentado para 74,3% no G2, com significância estatística (p=0,049). Das IMVs, 69,5% apresentaram sintomatologia, sendo o sintoma mais frequente a sonolência (48,3%). Não se verificou uma diferença entre os dois grupos na necessidade de internamento ou de tratamento (p=0,149 e p=0,561 respetivamente).

Conclusões

Durante a pandemia COVID-19, verificou-se não só um aumento significativo das IMVs, como também um aumento do número de crianças com antecedentes de patologia psiquiátrica. Estes resultados vão ao encontro da bibliografia nacional e internacional já publicada, demonstrando o impacto na saúde mental das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Pandemia Covid-19, Intoxicação medicamentosas voluntárias, Patologia psiquiátrica

PAS-057 – (23SPP-13022) – RENTABILIDADE DO PEDIDO DE ELETROCARDIOGRAMA NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Matilde Oliveira Pinto[2]; Ana Rita Albuquerque Costa[1]; Eliana Morgado[1]; Jorge Rodrigues[1]; Cristina Baptista[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Santo António – CMIN

Introdução e Objectivos

A síncope, a dor torácica e as palpitações são causas frequentes de recurso aos cuidados de saúde. Na maioria dos casos, são episódios autolimitados e de etiologia benigna. Contudo, a realização de eletrocardiograma (ECG) é frequentemente implicada na avaliação destes doentes, no sentido de despistar patologia orgânica ameaçadora de vida. O objetivo deste estudo passa por analisar e compreender motivos de pedido de ECG e avaliar a sua pertinência e rentabilidade.

Metodologia

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, de todos os casos pediátricos com realização de ECG em contexto de urgência durante o ano de 2022 e a sua caraterização clínica.

Resultados

Total de 369 doentes, 55.8% sexo feminino, mediana de 14 anos de idade [AIQ 11-16], 2.4% com antecedentes pessoais ou familiares relevantes e 11.1% com referenciação prévia à urgência. 75 casos (20.3%) de síncope, com pródromos vasovagal identificado em 68%. Em 215 casos (58.2%), sem história prévia de episódios similares. Dos ECG realizados, 50.9% apresentaram alterações, das quais 4.2% potencialmente patológicas (maioritariamente alterações sugestivas de síndromes de pré-excitação). Em 1 paciente, por *flutter* auricular, foi necessária transferência para centro diferenciado. 4.3% dos doentes foram orientados para prosseguir investigação em ambulatório, tendo-se identificado 1 bloqueio auriculoventricular e 1 síndrome WPW. Em nenhum paciente se identificou doença cardíaca estrutural. Sem óbitos.

Conclusões

Apesar de frequente, a realização sistematizada de ECG como rastreio de cardiopatia ou arritmia significativa não aparenta ser rentável. Estudos multicêntricos e/ou com tamanho amostral maior são necessários para confirmar estes dados preliminares.

Palavras-chave: ECG, arritmia, cardiopatia estrutural, síncope, urgência

PAS-058 – (23SPP-13035) – REFERENCIAÇÃO INVERSA EM IDADE PEDIÁTRICA: UMA ESTRATÉGIA INOVADORA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ana Cláudia Moura[1]; Cláudia Miguel[1]; Liliana Bastos[1]; Emília Mota[1]; Joana Reis[1]; Joana Rodrigues[1]; Otília Cunha[1]; Ana Garrido[1]; Maria Graça Ferreira[1]

1 – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução e Objectivos

A sobrelotação nos Serviços de Urgência Pediátrica (SUP) é um desafio que apela à criação de estratégias. Desde fevereiro 2023, o SUP do CHVNG/E, em articulação com as Unidades ACES Gaia e Espinho/Gaia, redirecionou crianças triadas como pouco urgente e não urgente para os cuidados de saúde primários (CSP)–referenciação inversa (RI). Pretende-se avaliar a eficácia e impacto da RI no SUP.

Metodologia

Estudo observacional descritivo dos doentes propostos para RI no SUP do CHVNG/E, entre fevereiro e julho 2023. Dados obtidos por consulta do processo clínico e inquérito telefónico. Análise estatística: SPSS – versão 28.

Resultados

Recorreram ao SUP 14338 crianças, das quais 1217 propostas para RI e destas 125 referenciadas aos CSP. A maioria (89,7%) permaneceu no SUP: 84.7% recusaram RI, 12.8% sem vaga no CS. Idade mediana das crianças referenciadas CSP de 5 anos (entre 1-17A), 88% triadas como pouco urgente e 12% não urgente. Os principais motivos de recorrência ao SUP: sintomas respiratórios (47.2%), cutâneos (22,4%), GI (15,2%) e febre (7,2%). O tempo mediano de resposta dos CSP foi 14h [AIQ 3.5 – 20.0], ultrapassando as 24h em 3,2% (máx 65,5h). A consulta programada nos CSP realizou-se em 112 (91.8%) casos; faltaram 8 crianças. Dos observados no CS 7 recorreram novamente ao SUP: 1 reencaminhado do CS, 6 por persistência dos sintomas e nenhuma criança ficou internada. Dos inquiridos 75.3% referiram que, no futuro, com o mesmo problema, irão diretamente aos CSP.

Conclusões

A maioria das crianças que recorre ao SUP tem critérios para RI e perante a possibilidade de observação programada em menos de 24h, preferem aguardar no SUP. É essencial continuar a promover medidas para o adequado funcionamento dos SUP, contrariar o seu uso indevido e reforçar a literacia em saúde.

Palavras-chave: Referenciação inversa, Serviço de Urgência Hospitalar, Cuidados de Saúde Primários

PAS-059 – (23SPP-12537) – PLATELET TRANSFUSIONS IN PRETERM INFANTS: CURRENT CONCEPTS AND CONTROVERSIES—A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

André Assunção[1]; Helena Sofia Ribeiro[2]; Rafael José Vieira[3,4]; Paulo Soares[5]; Hercília Guimarães[6]; Filipa Flor-De-Lima[5,6]

1 – Department of Pediatrics, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 2 – Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal; 3 – Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences (MEDCIDS), Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal; 4 – Centre for Health Technology and Services Research, Health Research Network (CINTESIS@RISE), Faculty of Medicine , University of Porto, Porto, Portugal; 5 – Department of Neonatology, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 6 – Department of Gynecology-Obstetrics and Pediatrics, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal

Introdução e Objectivos

Platelet transfusions (PTx) are the principal approach to treat neonatal thrombocytopenia, a common hematological abnormality among neonates, particularly preterm. However, there is lacking evidence about PTx, whether they provide clinical benefit or not, and the outcomes. Our objective is to assess the association between PTx in preterm infants and mortality, major bleeding, sepsis, and necrotizing enterocolitis (NEC): comparing transfusing or not, and using different thresholds for transfusion.

Metodologia

A broad electronic search in three databases was performed in December 2022. We included randomized controlled trials, and cohort and case control studies of preterm infants with thrombocytopenia that (i) compared transfusing platelet vs. no transfusion, (ii) assessed the threshold for PTx, or (iii) compared single to multiple PTx. We conducted a meta-analysis to assess the association between PTx and mortality, intraventricular hemorrhage (IVH), sepsis, and NEC.

Resultados

Out of 625 abstracts, 18 reports of 13 eligible studies were identified. The qualitative analysis revealed controversial results as some studies showed an association between PTx and a higher risk of studied outcomes, while others did not present such a relationship. The meta-analysis results suggest a significant association between PTx and mortality (RR 2.4, $p < 0.0001$), sepsis (RR 4.5, $p < 0.0001$) and NEC (RR 5.2, $p < 0.0001$); no conclusion could be taken for PTx and IVH.

Conclusões

Platelet transfusions in preterm infants are associated to a higher risk of death, sepsis, and NEC and, possibly, to a higher incidence of IVH. Further studies are needed to confirm these associations, namely between PTx and IVH, and to define the threshold from which PTx should be given with less harm effect.

Palavras-chave: Platelets, Transfusions, Preterm, Death, Sepsis, Necrotizing enterocolitis

PAS-060 – (23SPP-12560) – TROMBOCITOPENIA COM NECESSIDADE DE TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS AUMENTA O RISCO DE RETINOPATIA DA PREMATURIDADE

Sara Catarino[1]; Carina Ribeiro[2]; Filipa Flôr-De-Lima[2,3]; Cristina Ferreras[3]; Rita Moita[2,3]; Renato Silva[4,5]; Inês Azevedo[1,2,6]; Gustavo Rocha[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 2 – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal; 3 – Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; 4 – Serviço de Oftalmologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João Hospital, Porto, Portugal; 5 – Departmento de Cirurgia e Fisiologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal; 6 – EPIUnit – Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Introdução e Objectivos
Estudos recentes demonstraram que alguns parâmetros hematológicos e rácios obtidos no hemograma colhido no primeiro dia de vida (D1) se associam ao desenvolvimento de retinopatia da prematuridade (ROP). Pretendemos avaliar esta associação e o seu potencial preditivo no desenvolvimento de ROP.

Metodologia
Análise retrospetiva de dados clínicos de recém-nascidos pré-termo (RNPT) com idade gestacional <30 semanas e de suas mães, admitidos de 01/2008 a 12/2022. Foram analisados dados maternos, da gravidez, do parto, da reanimação, demográficos, morbilidade neonatal, histopatologia placentária e parâmetros hematológicos de D1 dos RNPT.

Resultados
Incluíram-se 140 RNPT com exame ocular; 81 (57,9%) desenvolveram ROP. A análise univariada demonstrou associação entre menor CHCM e ROP (34,5±1,4 vs 35± 1,7, p=0,047). A análise multivariada identificou a transfusão de plaquetas (p=0,019; OR 5,28, IC95%:1,31-21,21) e a displasia broncopulmonar (DBP) (p=0033; OR 5,12, IC95%:1,14-22,98) como variáveis independentes associadas a ROP. No subgrupo ROP≥ grau 2 (n=33), apenas a transfusão de plaquetas foi independentemente associada a ROP (p=0,017; OR 5,48, IC95%:1,22-17,76).

Conclusões
Os parâmetros hematológicos e rácios obtidos no hemograma de D1 não se associaram a ROP. As transfusões de plaquetas e a DBP associaram-se a ROP. A trombocitopenia neonatal com necessidade de transfusão de plaquetas parece aumentar o risco de ROP. Este achado é recente e encontra-se descrito em escassas publicações, pelo que são necessários estudos prospetivos para esclarecer a causalidade desta associação e os mecanismos envolvidos.

Palavras-chave: hemograma, displasia broncopulmonar, parâmetros hematológicos, transfusões de plaquetas, retinopatia da prematuridade, trombocitopenia

PAS-061 – (23SPP-12667) – QUILOTÓRAX NEONATAL: ESTUDO RETROSPETIVO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DE NÍVEL III

Cláudia Rocha[1]; Filipa Carmo[1]; Carolina Gonçalves[2]; Alexandra Andrade[2]; Alberto Berenguer[1]; André M Graça[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria; 2 – Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Introdução e Objectivos
O quilotórax neonatal é uma condição rara, potencialmente fatal, que se caracteriza pela acumulação de linfa no espaço pleural. O objetivo deste estudo foi descrever a experiência da abordagem de recém-nascidos (RN), com o diagnóstico de quilotórax.

Metodologia
Estudo observacional, descritivo, retrospetivo, com base na análise dos processos clínicos de RN com quilotórax, internados numa UCIN de nível III, de janeiro de 2012 a dezembro de 2023.

Resultados
Total de oito doentes, mediana da idade gestacional de 34 semanas. Metade dos casos foram congénitos, com diagnóstico pré-natal, 3 dos quais submetidos a colocação de shunt pleuro-amniótico. Metade foram iatrogénicos, secundários a trauma cirúrgico. A maioria dos derrames pleurais eram unilaterais (n=5) e localizados à direita (n=3). Dois RN apresentavam doença genética. Todos necessitaram de ventilação invasiva e sete de drenagem torácica. Todos fizeram nutrição parentérica e nutrição entérica com fórmula hipolipídica. Nenhum respondeu totalmente à terapêutica conservadora pelo que todos foram tratados com octreótido, 6 dos quais com sucesso. Dois RN foram submetidos a pleurodese. Todos apresentaram complicações. A mediana do tempo de internamento foi de 35 dias. Registaram-se dois óbitos.

Conclusões

Nesta série de casos, metade dos doentes tinham diagnóstico pré-natal e metade foram iatrogénicos, refletindo a estreita colaboração com centro de diagnóstico pré-natal e com a Cirurgia Pediátrica. Quanto à abordagem, não há diretrizes, nacionais ou internacionais universalmente aceites ou baseadas na evidência. São imprescindíveis mais estudos para avaliar a eficácia e os resultados das várias estratégias utilizadas na prática clínica.

Palavras-chave: Quilotórax, Recém-nascido, UCIN

PAS-062 – (23SPP-12736) – DESFECHOS NEONATAIS EM EXTREMOS PRÉ-TERMO: ANÁLISE CENTRO TERCIÁRIO NEONATAL.

Beatriz Parreira De Andrade[1,2]; Maria Luís Tomé[2]; Inês Bileu Ventura[2]; Andreia Teles[2]; Conceição Quintas[2]; Anabela João[2]; António Vinhas Da Silva[2]

1 – Centro Hospitalar Médio Ave; 2 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

Introdução e Objectivos

Os desfechos neonatais em extremos pré-termo (idade gestacional (IG) <28 semanas) representam um desafio clínico. A sobrevida e a morbilidade dependem não só do peso ao nascimento (PN) e IG como de vários fatores obstétricos e perinatais.

Metodologia

Análise retrospetiva de recém-nascidos (RN) extremos prematuros (IG >24 e <28 semanas) nascidos numa unidade terciária de neonatologia entre 2014 e 2022

Resultados

Um total de 63 RN foram incluídos, com a IG média de 27 semanas, o PN de 810 g (280 -1260) e 68.2% do sexo masculino. Relativamente aos antecedentes maternos, 36.5% apresentavam comorbilidade e 74.6% realizaram corticoterapia anteparto. O Índice de *Apgar* mediano ao 1º, 5º e 10º minuto foi de 5,7 e 8, respetivamente. A ventilação mecânica invasiva ocorreu em 87.3%, com duração média de 8.5 (1-58) dias. O tempo médio de internamento foi de 61 (1-136) dias.
A taxa de mortalidade foi de 33,3%, sendo as principais causas de óbito hemorragia pulmonar maciça (47.7%), hemorragia intraventricular (23.8%), síndrome de dificuldade respiratória (23.8%) e enterocolite necrotizante (4.7%).
O PN revelou-se como um fator estatisticamente significativo ($p<0.02$) associado à mortalidade neonatal. As complicações relacionadas com a mortalidade foram a descompensação cardiovascular com necessidade de suporte aminérgico, anemia com necessidade transfusional, sépsis tardia e hemorragia pulmonar ($p<0.05$).

Conclusões

As complicações observadas são consistentes com estudos prévios e enfatizam a necessidade de alvos terapêuticos para redução da mortalidade. Estudos multicêntricos são fundamentais para obter taxas de morbimortalidade, permitindo um melhor aconselhamento tanto para as equipas médicas como para os progenitores.

Palavras-chave: extremos pré-termo, mortalidade, complicações

PAS-063 – (23SPP-12702) – TRISSOMIA 21, CRIANÇAS ACOMPANHADAS NUM HOSPITAL GRUPO I

Constança Magalhães[1]; Carolina Jesus E Sá[1]; Rita Vilar Queirós[1]; Catarina Lacerda[1]; Sofia Castro[1]; Isabel Bretes[1]; Cristina Didelet[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução e Objectivos

A trissomia 21 (T21) é a cromossomopatia mais frequente nos nados vivos. As crianças e adolescentes afetados têm risco aumentado de comorbilidades orgânicas e do neurodesenvolvimento, carecendo de acompanhamento multidisciplinar.
Objetivo: Descrever a população com T21 acompanhada num hospital grupo I, relativamente às comorbilidades, apoios médicos e educativos.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo com base nos registos de 21 crianças com T21 acompanhadas entre junho de 2010 e junho de 2023.

Resultados

Incluídas 21 crianças, 9 do sexo masculino. Média de idade materna ao nascimento de 39 anos. Apenas 5 (24%) com diagnóstico pré-natal (DPN).
Dezoito (86%) apresentaram patologia cardíaca, mais frequentemente comunicação interatrial, defeito completo do septo atrioventricular e comunicação interventricular. Nove (50%) submetidos a cirurgia cardíaca. Dez (48%) tinham patologia tiroideia, 7 (33%) otorrinolaringológica, 4 (19%) oftalmológica e 3 (14%) ortopédica. Registou-se um óbito secundário a patologia oncológica.
A maioria (n= 18; 86%) das crianças estava integrada em equipamento escolar de ensino regular e beneficiando de medidas de intervenção e adaptação educativa.
Seis crianças já tiveram alta da consulta de Desenvolvimento.

Conclusões

Verificámos maior prevalência de patologia cardiovascular e tiroideia, comparativamente com a literatura consultada. Destacou-se ainda a elevada percentagem de crianças sem DPN. De salientar a importância do seguimento multidisciplinar, apoio educativo e envolvimento familiar na abordagem destas crianças, com o intuito de alcançarem maior autonomia.

Palavras-chave: Trissomia 21, Comorbilidades, Acompanhamento multidisciplinar

PAS-064 – (23SPP-12764) – COMORBILIDADES EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO

Teresa Tavares[1]; Joana Carvalho Queirós[1]; Dora Sousa[1]; Sara Soares[2]; Inês Vaz Matos[2]; Catarina Prior[2]; Diana Gonzaga[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Unidade de Neurodesenvolvimento do Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução e Objectivos

A Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento com elevada prevalência e comorbilidades frequentes, com um grande impacto no funcionamento do indivíduo e família, mas também a nível clínico. O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência e caracterizar as comorbilidades associadas em doentes pediátricos com PEA.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo de crianças e adolescentes com PEA seguidos na Unidade de Neurodesenvolvimento de um hospital terciário entre junho de 2020 e maio de 2022. Os dados foram recolhidos dos processos clínicos eletrónicos.

Resultados

Foram incluídas 233 crianças, 81% do sexo masculino, idade mediana de 6,3 anos. Atraso global do desenvolvimento/Perturbação do Desenvolvimento Intelectual estava presente em 88.4% e 32.2% dos doentes eram não-verbais. A PDAH em 25.8%, perturbação do desenvolvimento da coordenação (PDC) em 6.4%, e perturbação de tiques (PT) em 6%. A perturbação de oposição e desafio (POD) estava presente em 16.7% e perturbação de ansiedade (PA) em 1.7%. Perturbações do sono ocorreram em 21%, perturbação do processamento sensorial em 85.4%, epilepsia em 6.9% e doenças gastrointestinais em 6.1%. Adolescentes e crianças em idade escolar apresentaram maior probabilidade de ter PDAH, PDC, PT, POD e PA.

Conclusões

Tanto outras perturbações do neurodesenvolvimento como algumas patologias psiquiátricas foram comorbilidades comuns na nossa amostra, tal como descrito na literatura. A sua prevalência varia de estudo para estudo. No nosso trabalho as comorbilidades foram mais frequentes nas crianças mais velhas. Pretende-se realçar a importância do reconhecimento precoce de comorbilidades na PEA de forma a garantir uma abordagem específica e individualizada e melhorar o prognóstico.

Palavras-chave: Perturbação do Espetro do Autismo, Comorbilidades, Neurodesenvolvimento

PAS-065 – (23SPP-12933) – ATTENTION DEFICIT/ HYPERACTIVITY DISORDER IN PEDIATRIC AGE – WHO ARE WE TREATING?

Brenda Maria Toro[1]; Mariana Soares[1]; Ana Rute Duarte[1]; Cláudia Bandeira Lima[1]; Artur Varela Sousa[2]; Manuela Baptista[2]

1 – Unidade de Neurodesenvolvimento, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 – Unidade de Neurodesenvolvimento, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Introdução e Objectivos

Attention deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) affects up to 18% of school-aged children. Stigma on medical therapy can impact adherence and while some reports estimate 37.8% to 81.4% of ADHD medication usage among children with ADHD, there is still a need for updated data regarding ADHD and its management in Portugal.

Metodologia

Patients with ADHD, as the main or secondary diagnostic, who were assessed at the neurodevelopmental appointment in our level III hospital, during June and July 2023 were included. Data anonymization and patient confidentiality were granted. Demographics, clinical, psychosocial and management data was collected and a descriptive analysis was made using Microsoft Excel® v.2306.

Resultados

We included 269 patients (74% males). Median age at the time of the appointment was ten years, with 18% (n=48) preschool-aged patients. On average, patients had two neurodevelopmental comorbid conditions and the most frequent was developmental language disorder (34%; n=91). A psychiatric comorbidity was present in 9% (n=25). ADHD medical treatment was given to 79% (n=213), 11% of which (n=23) in preschool age. Medical therapy was contraindicated in 5% (n=3) of non medicated patients. Educational or psychosocial intervention was guaranteed in 85% of patients (n=229).

Conclusões

Disrupting stigma-related barriers seems to be essential in treatment acceptance. We found a high rate of therapy adherence in a sample in which a tailored and multidisciplinary approach and caregiver and community education were seen as essential in management philosophy. Patients, caregivers and community involvement are imperative in achieving positive outcomes.

Palavras-chave: Attention deficit/ hyperactivity disorder, ADHD, ADHD medical treatment, Neurodevelopment, Methylphenidate

PAS-066 – (23SPP-13021) – ANÁLISE DAS COMORBILIDADES MAIS COMUNS EM CRIANÇAS COM TRISSOMIA 21 SEGUIDAS NUM HOSPITAL NÍVEL II

Inês Azevedo Carvalho[1]; Maria Beatriz Morais[1]; Joana Branco[2]; Daniela Ramos[1]; Inês Vaz Silva[1]; Ana Peres[1]; Tânia Carvalho[1]

1 – Hospital de Vila Franca de Xira; 2 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN

Introdução e Objectivos
A Trissomia 21 (T21) tem uma incidência média estimada 1:800 – 1000 nascimentos. As crianças com T21 apresentam, para além do fenótipo particular e atraso global do desenvolvimento, diversas comorbilidades. Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de comorbilidades nos doentes seguidos em consulta de pediatria num hospital nível II, comparativamente aos dados da literatura.

Metodologia
Estudo descritivo, retrospetivo, de uma coorte de doentes com T21 em idade pediátrica, seguidos em consulta externa num hospital nível II, desde Janeiro de 2011 até Março de 2023.

Resultados
São seguidos 23 doentes com T21, com idades compreendidas entre os 8 meses e os 18 anos, 10 do sexo masculino e 13 do sexo feminino, a maioria com diagnóstico pós-natal (69,6%). As comorbilidades mais prevalentes nestes doentes constituem patologia cardíaca (61% dos doentes), otorrinolaringológica (61%) e oftalmológica (74%). A doença cardíaca mais frequente é a comunicação interauricular isolada (57%). As patologias otorrinolaringológicas mais prevalentes são a hipoacúsia congénita e a otite serosa (em 26%). As comorbilidades oftalmológicas que mais se manifestam são os erros refratários (39%), seguidos de estrabismo (17%) e nistagmo (13%). O hipotiroidismo verifica-se em 35% dos doentes. A doença celíaca foi diagnosticada em 9%, não havendo casos de atrésia ou estenose gastrointestinal. As alterações hematológicas mais frequentes são ferropénia e policitémia, existindo um caso de mielodisplasia.

Conclusões
Esta análise pretende reforçar a importância de um seguimento multidisciplinar adequado, numa doença complexa com múltiplas comorbilidades, seguimento esse que contribui significativamente para a maior qualidade e esperança média de vida destes doentes.

Palavras-chave: Síndrome de Down, Trissomia 21, Comorbilidades

PAS-067 – (23SPP-12652) – ENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO NA GANGLIOSIDOSE GM2 VARIANTE B1 – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL NÍVEL III

Mariana M. Anjos[1]; Rui Diogo[1]; Sara Ferreira[2,3]; Luísa Diogo[2,3]; Cristina Pereira[1,3,4]

1 – Neuropediatria, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; 2 – Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. e MetabERN; 3 – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 4 – Centro de Referência de Epilepsia Refratária do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. e Rede Europeia EpiCare

Introdução e Objectivos
A Gangliosidose GM2 variante B1 (GM2B1) é uma doença de sobrecarga lisossomal, de transmissão autossómica recessiva, por defeito da enzima hexosaminidase A (*HEXA*). A consequente acumulação de gangliosídeos no tecido neuronal conduz à lesão destas células. Os sintomas incluem: descoordenação motora, deterioração neurológica e funcional progressivas, em crianças com desenvolvimento previamente normal, conduzindo a morte precoce. Objetivo: descrever achados neurológicos e evolução dos doentes com GM2B1.

Metodologia
Estudo retrospetivo descritivo com análise dos processos clínicos de uma amostra de doentes seguidos em Neuropediatria com diagnóstico de GM2B1.

Resultados
Identificaram-se 4 doentes com GM2B1, 75% do sexo feminino, mediana de idades ao diagnóstico de 70 meses. Os sintomas mais frequentes na apresentação foram regressão do desenvolvimento (100%), alterações da linguagem (75%), quedas frequentes (50%), convulsões (25%) e apraxia (25%). A mediana do surgimento de atraso na linguagem foi de 42 meses, com perda total da linguagem mediana aos 78 meses. A perda de capacidade de marcha ocorreu em 75% dos casos, mediana 96 meses. Todos os doentes apresentaram convulsões, mediana de início de crises aos 55 meses, todos medicados com antiepiléticos (50% sob combinação de 3 fármacos). Todos os doentes realizaram doseamento de *HEXA* (100% com défice enzimático) e estudo genético confirmatório (75% com variante patogénica c.533G>A(p.R178H) exão 5 em homozigotia).

Conclusões
O espectro clínico da GM2B1 é variável, com heterogeneidade na idade de início dos sintomas, apresentação clínica inicial e evolução da doença. O diagnóstico atempado, com seguimento clínico multidisciplinar, é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos doentes e permitir aconselhamento genético.

Palavras-chave: Gangliosidose, Doença neurodegenerativa, Neurologia, Desenvolvimento

PAS-068 – (23SPP-13063) – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA DOENÇA DE CÉLULAS FALCIFORMES – EXPERIÊNCIA DE CONSULTA MULTIDISCIPLINAR NUM CENTRO TERCIÁRIO

Madalena Correia Pires[1]; Maria Soto-Maior Costa[1]; Ana Casto Castro[2]; Marisa Inácio Oliveira[2]; Sara Reis Batalha[2]; Raquel Maia[2]; Paula Kjöllerström[2]; Rita Lopes Silva[3]

1 – Área de Pediatria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 2 – Consulta de Hemoglobinopatias, Unidade de Hematologia, Área de Pediatria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 3 – Consulta de Doenças Neurovasculares Pediátrica, Unidade de Neurologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução e Objectivos

O AVC é raro na idade pediátrica. O comprometido da micro e macrocirculação cerebral na Doença de Células Falciformes (DCF) é dos principais fatores de riscos. O risco é estratificado pela realização anual de doppler transcraniano (DTC), a partir dos 18-24 meses. Pretendemos caracterizar a doença cerebrovascular dos doentes em idade pediátrica com DCF.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo unicêntrico dos doentes com DCF e seguimento atual por Neuropediatria.

Resultados

De um total de 196 doentes com hemoglobinopatias (87% com genótipo SS), 140 têm seguimento por Neuropediatria. A idade mediana é 10 anos (2-18), 44% sexo feminino e 85% são naturais de PALOP.

Quinze doentes (11%) tiveram AVC, dos quais dois tiveram 2 AVCs. Têm idades entre 1-10 anos. A apresentação clínica foi subtil em 11 (73%), apenas valorizada pelo neurologista na consulta seguinte. Cerca de metade (46%) tiveram AVC previamente à vinda para Portugal. Realizaram RM encefálica 33/196 doentes, idade mediana de 8 anos, por exame neurológico alterado (69%) ou DTC patológico. Está alterada em 21 (14 AVC isquémicos, 1 AVC hemorrágico, 3 enfartes silenciosos, 7 com vasculopatia).
Sob regime transfusional regular, para prevenção secundária AVC, estão 8 doentes. Dois doentes têm Epilepsia sequelar. Na adolescência, 74% (n=62) conhecem as manifestações agudas de AVC e 80% o número de emergência.

Conclusões

O AVC é a complicação cerebrovascular mais temida da DCF, com importante morbimortalidade, sendo essencial o reconhecimento precoce. Pretendemos realçar as vantagens de consulta multidisciplinar e o papel do neuropediatra no diagnóstico do AVC de apresentação subtil e na educação para atuação perante suspeita de AVC.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral, Drepanocitose, cerebrovascular

Posteres com Discussão

SPP
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

PD-001 – (23SPP-12582) – UMA OU DUAS CAUSAS DE BAIXA ESTATURA? – CASO CLÍNICO

Ana Sofia Nunes[1,2]; Margarida Moreno Fernandes[1,3]; André Costa Silva[1]; Mariana Branco[1]; Sandrina Martins[1]

1 – Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 3 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE)

Introdução / Descrição do Caso

A baixa estatura (BE) é um motivo frequente de referenciação à consulta de Endocrinologia Pediátrica (EP). Inclui causas como variantes do crescimento, doenças sistémicas, endocrinológicas e genéticas.

Criança, 5 anos, sexo masculino, com antecedentes de prematuridade (36+2), peso e estatura ao nascimento de 1370g (*z-score* -3,43) e 38cm (*z-score* -3,9), foi referenciado à consulta de EP por BE. Exame objetivo: braquicefalia, fronte olímpica, fácies peculiar, clinodactilia do dedo mínimo da mão esquerda, Tanner I, estatura 92,5cm (*z-score* -4,03), relação SS/SI normal e IMC 13,8Kg/m^2 (*z-score* -1,25), sendo a estatura alvo familiar 160,8±8 cm (*z-score* -2,16).

Apresentava estudo analítico sem alterações (IGF-1 60,6ng/mL), idade óssea de 2 anos e 8 meses e prova do glucagon positiva (máx. 5,66ng/mL). Na RMN-CE foi identificada redução da profundidade da sela turca e do eixo crânio caudal da hipófise. Constatado o défice de hormona de crescimento (GH), iniciou somatropina.

Observado em consulta de Genética Médica onde se detetou uma variante rara, COL1A2:C.556G>T(p.Asp186Tyr), com associação a síndrome de Ehlers-Danlos e osteogénese imperfeita, ambas associadas a BE mas sem aparente interferência no eixo GHRH-GH. Foi orientado para consulta de reumatologia pediátrica.

Atualmente, aos 9 anos, mantém seguimento em consulta com um tempo total de tratamento com somatropina de 19 meses, sem efeitos laterais. Apresenta melhoria da estatura (113,5cm, *z-score* -3,3).

Comentários / Conclusões

Os autores pretendem alertar para a multiplicidade de causas associadas a BE e da importância do estudo etiológico detalhado na orientação do doente. Neste caso poderá haver contributo de 2 entidades clínicas distintas, que dificultam a previsão da resposta ao tratamento com GH.

Palavras-chave: baixa estatura, hormona de crescimento, síndrome de Ehlers-Danlos

PD-002 – (23SPP-12841) – REFERENCIAÇÃO A CONSULTA DE PEDIATRIA POR BAIXA ESTATURA NUM HOSPITAL DE NÍVEL II

Andreia Preda[1]; Margarida Dias[2]; Cláudia P. Gonçalves[3]; Cláudia Moura[4]; Alícia Rebelo[4]; Carla Meireles[4]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Hospital de Braga; 4 – Hospital Nossa Senhora da Oliveira Guimarães

Introdução e Objectivos

A Baixa Estatura (BE) é um motivo de referenciação frequente em idade pediátrica. A maioria das situações correspondem a variantes do crescimento normal.Objetivo: Caracterização clínica e laboratorial de um grupo de crianças e adolescentes referenciados por BE à consulta de Pediatria de um hospital de nível II.

Metodologia

Análise transversal e retrospetiva dos processos clínicos de crianças referenciadas por BE à consulta de Pediatria de um hospital de nível II entre Janeiro 2018 e Dezembro 2022. Os critérios de referenciação utilizados foram: standard deviation score (SDS) altura ≤ -2 ou SDS velocidade de crescimento (VC) ≤ -1 ou SDS altura – SDS altura alvo ≤ – 1,6.

Resultados

Foram referenciadas 99 crianças/adolescentes. Destes, 74 (74,8%) cumpriam critérios de referenciação, 59,6% do sexo masculino e 68,7% eram pré-púberes; 2 perderam seguimento. A mediana de idades foi 6,25 anos (2,8-12,4). Os doentes foram mais frequentemente referenciados de outra consulta hospitalar (70,7%). O diagnóstico mais comum foi Atraso Constitucional do Crescimento e Puberdade (16,7%), seguido de Baixa Estatura Familiar (12,5%). Dos 47 doentes já com diagnóstico, 11 (23,4%) eram patológicos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre sexo masculino e feminino na referenciação à consulta (p-value 0,08) ou alterações patológicas (p-value 0,47). Não se verificou associação entre ausência de patologia e menor SDS da Altura-alvo (p-value 0,76).

Conclusões

Existe uma sobre-referenciação de crianças que não cumprem critérios de BE à consulta, não havendo diferença entre sexos.

É necessária uma revisão de critérios de referenciação e comunicação interdisciplinar para otimizar a gestão dos recursos da consulta hospitalar especializada.

Palavras-chave: Baixa estatura, Atraso Constitucional do Crescimento e Puberdade, Referenciação

PD-003 – (23SPP-13046) – DIABETES MELLITUS INAUGURAL, O QUE MUDOU COM A PANDEMIA COVID-19?

Lucinda Amorim Delgado[1]; Beatriz De Sousa[1]; Catarina Barros Azevedo[1]; Joana Ester Batista[1]; Ângela Dias[1]; Carla Meireles[1]

1 – Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução e Objectivos

Diversos estudos demonstraram que a pandemia COVID-19 influenciou a incidência de cetoacidose diabética (CAD) e o diagnóstico inaugural da Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), sendo o objetivo deste trabalho analisar o impacto da pandemia nos casos de DM1 pediátrica num hospital de nível II.

Metodologia

Estudo comparativo entre os diagnósticos inaugurais de DM1 no período pré pandemia (março de 2017 a março de 2020) –grupo I – e no período da pandemia – grupo II (março de 2020 a março de 2023). Foi utilizado o SPSS®, considerando-se $p<0,05$ estatisticamente significativo.

Resultados

Incluídos 54 casos inaugurais de DM1, 26 no grupo I e 28 no II. A mediana de idades foi de 12 anos no grupo I e 10 anos no II (p=0,181), com 73% de doentes do sexo masculino no grupo I e 50% no II (p=0,082). Os sintomas mais comuns foram a polidipsia, poliúria e perda de peso em ambos os grupos. 42,3% dos doentes do grupo I foram diagnosticados com CAD, destes 40% graves, em comparação com 53,6% do grupo II,18,2% graves (p=0,408). A duração mediana de sintomas até ao diagnóstico foi menor no grupo I do que no II (14 vs 21 dias; p=0,166). A média da HbA1c foi de 11,4% e 11,6% no grupo I e II (p= 0,666). Tinham anticorpos positivos 50% dos doentes no grupo I e 75% no grupo II (p=0,057). A história familiar de DM1 não condicionou diferença na duração de sintomas ou do internamento (p=0,807 e p=0,295, respetivamente).

Conclusões

Na amostra em análise, não houve impacto da pandemia na incidência de DM1. Apesar da maior duração de sintomas até ao diagnóstico e maior incidência de CAD no período pandémico, não houve diferenças estatisticamente significativas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Cetoacidose diabética, COVID-19

PD-004 – (23SPP-12674) – HEMORRAGIA MAMILAR: UMA ENTIDADE RARA EM PEDIATRIA

Joana Antunes Pereira[1]; Maria Inês Brito[1]; Gonçalo Passos Croca[1]; Sara Diogo Santos[1]

1 – Centro Hospitalar do Oeste

Introdução / Descrição do Caso

A hemorragia mamilar é uma entidade muito rara em Pediatria. As causas mais prováveis são benignas e incluem a ectasia ductal, uma resposta anormal do tecido mamário às hormonas maternas, altos níveis de progesterona, quistos e papilomas intraductais. Raramente, o trauma, a ginecomastia infantil, prolactinomas ou patologia inflamatória mamária como a mastite devem ser considerados.
A abordagem diagnóstica tem a ecografia como método preferencial de avaliação. Esta entidade é habitualmente auto-limitada, de resolução espontânea e requer apenas acompanhamento.
Criança do sexo masculino, previamente saudável que aos 19 meses apresenta um primeiro episódio de hemorragia mamilar direita com cessação espontânea. O episódio repetiu-se por duas vezes, 3 semanas e 1 mês depois com noção de coloração arroxeada do mamilo. Negava dor, calor, edema ou rubor locais, bem como traumatismo prévio. Ao exame objetivo apresentava, na mama direita, uma ligeira coloração azulada de metade da área mamilar. Não eram palpáveis tumefações. Sem outras alterações à observação. Foi realizada ecografia com doppler que mostrou:" área areolar/subareolar direita com zona mínima com fluxo vascular muito subtil com imagem lacunar a sugerir microangioma- (…) com possibilidade de ligeira ectasia vascular". Foi reavaliado aos 2 anos e 9 meses, sem novos episódios de hemorragia. Repetiu ecografia "sem imagem de ectasia vascular subareolar e sem outras anomalias valorizáveis".

Comentários / Conclusões

A hemorragia mamilar é muito rara em idade pediátrica e tem como principal causa a ectasia ductal, sendo esta uma entidade benigna, habitualmente auto-limitada e de auto-resolução. A abordagem primária é conservadora e inclui a ecografia mamária.

Palavras-chave: Hemorragia mamilar, ectasia ductal mamária, patologia mamária

PD-005 – (23SPP-13077) – ESPESSAMENTO DA HASTE HIPOFISÁRIA – SÉRIE DE CASOS

Retirado a pedido do autor

PD-006 – (23SPP-12725) – AMENORREIA PRIMÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Vivas[1]; Beatriz Vieira[1]; Inês Mazeda[1]; Sofia Branco[1]; Joana Simões[2]; Sofia Saleiro[2]; Isabel Mendes[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde; 2 – Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde

Introdução / Descrição do Caso

A amenorreia primária define-se pela ausência de menarca aos 15 anos na presença de caracteres sexuais secundários e crescimento adequado,ou 3 anos após a telarca.As causas dividem-se em anomalias genéticas e anatómicas,sendo a causa mais comum a disgenesia gonadal.Adolescente do sexo feminino,de 16 anos,saudável,enviada pelo médico assistente à consulta de Patologia Endócrina por amenorreia primária.Telarca aos 11 anos e pubarca aos 12 anos. Sem coitarca.Sem perturbações do comportamento alimentar.À inspeção: sem dismorfias,IMC de 18 kg/m^2, Tanner M4P4,genitais externos sem sinais de virilização.Trazia uma ecografia com "ovários de normal morfologia, dimensões e ecoestrutura e útero de dimensões reduzidas".Pedido estudo analítico (sem alterações)e cariótipo(46, XX) e enviada à Ginecologia para exame ginecológico completo, descrito como"vulva normal,hímen presente e aparente ausência de vagina."Perante a suspeita de Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser realizou RMN que confirmou o diagnóstico:"sinais morfológicos de ausência de identificação da cavidade vaginal,não se observando também estrutura uterina (agenesia)",sem malformações renais associadas.Explicado o prognóstico e opções terapêuticas à adolescente e à mãe, tendo sido referenciada a um hospital de nível III,onde se encontra atualmente a aguardar cirurgia de reconstrução vaginal.

Comentários / Conclusões

A síndrome de Rokitanksy é a 2ª causa mais comum de amenorreia primária e a incidência estimada de 1/1500.Cursa com agenesia/hipoplasia do canal mülleriano,que leva a agenesia da vagina com desenvolvimento uterino variável.A abordagem deve incluir uma equipa multidisciplinar e a escolha do método ideal para a criação de uma neovagina funcional deve ser partilhada entre pares e com a doente.

Palavras-chave: Rokitanksy, adolescente, anomalia dos ductos mullerianos, amenorreia primária, neovagina

PD-007 – (23SPP-12990) – PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA EM PEDIATRIA: A REALIDADE DE UM HOSPITAL NÍVEL II

Inês Correia Magalhães[1]; Sandra Catarina Ferraz[1]; Sara Sousa Fernandes[1]; Mariana Santos Nobre[1]; Mariana Branco[1]; Suzana Figueiredo[1]; Sandrina Martins[1]

1 – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução e Objectivos

A Diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma das doenças crónicas mais comuns em Pediatria, com elevada morbilidade associada. O tratamento consiste em insulinoterapia através de múltiplas administrações diárias de insulina (MADI) ou perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI). O objetivo do estudo foi avaliar o impacto no controlo metabólico com início de PSCI.

Metodologia

Estudo retrospetivo dos doentes com DM1 seguidos em consulta de Endocrinologia Pediátrica de Hospital de nível II, com colocação de PSCI pelo menos 6 meses após diagnóstico e no mínimo durante 6 meses entre janeiro de 2013 e fevereiro de 2023. Foram colhidas variáveis demográficas, clínicas, e HbA1C para comparação do controlo metabólico. Análise estatística efetuada com SPSSv23®, com significância estatística para p≤0,05.

Resultados

Foram incluídos 30 doentes, 60% do sexo masculino, com idade média atual de 17,07±5,53 anos. À data de colocação da PSCI, a idade média era 11,85±4,04 anos e a mediana da duração de doença era 2,68 [0,66;12,94] anos. A HbA1C média nos últimos 6 meses de MADI foi 7,91±0,96%. Nos 12 meses após colocação de PSCI a média da HbA1C foi 7,6±0,86%, apresentando uma redução de 0,31%(p=0,091). Registaram-se uma hipoglicemia grave e uma cetoacidose prévias à colocação de PSCI e nenhuma nos 12 meses seguintes.

Conclusões

Objetivou-se redução da HbA1c após início de PSCI, que poderá contribuir para diminuição da morbilidade associada à DM1. Os autores reconhecem a limitação deste parâmetro para efeito comparativo, e teriam como preferência usar tempo no alvo, acima e abaixo do alvo para melhor avaliar o impacto. Porém, estes não constam dos processos mais antigos, limitando o estudo. A ausência de significância estatística pode dever-se ao tamanho da amostra e período de estudo.

Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo I, Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina, Insulinoterapia

PD-008 – (23SPP-12997) – ALOPÉCIA AREATA E TIROIDITE DE HASHIMOTO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Inês Correia Magalhães[1]; Sandra Catarina Ferraz[1]; André Costa E Silva[1]; Ana Sofia Nunes[2]; Margarida Moreno Fernandes[3]; Sandrina Martins[1]

1 – Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 – Hospital de Braga; 3 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução / Descrição do Caso

Alopécia areata (AA) é um distúrbio imunomediado que causa perda de cabelo e/ou pêlo, mais frequentemente de forma localizada em áreas arredondadas. Tem sido estudada a sua associação a várias doenças autoimunes, principalmente doença tiroideia, sem consenso quanto ao rastreio a realizar.

Caso 1: Adolescente de 13 anos, sexo feminino, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, seguida em consulta de Pediatria desde os 3 anos por zonas de alopécia no couro cabeludo. Diagnosticada por Dermatologista com AA. Realizou estudo analítico que revelou função tiroideia normal e anticorpos anti-tiroideperoxidade (anti-TPO) e anti-tiroglobulina negativos. Apresentou melhoria com tratamento homeopático. Manteve seguimento, alternando períodos de melhoria e de agravamento da alopécia ao longo dos anos, sem outra sintomatologia. Aos 10 anos, realizou estudo analitico com anticorpos anti-tiroglobulina e anti-TPO positivos, com função tiroideia normal até ao presente.

Caso 2: Adolescente de 14 anos, sexo masculino, com antecedente de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, medicado com lisdexamfetamina, sem antecedentes familiares relevantes. Seguido em consulta de Pediatria desde os 8 anos por baixa estatura e AA. Estudo analítico, com função tiroideia, anticorpos anti-TPO e anti-tiroglobulina, sem alterações. Manteve seguimento, com persistência da alopécia, e aos 14 anos manifestou anticorpos anti-tiroglobulina e anti-TPO positivos, sem alterações da função tiroideia e sem sintomatologia associada.

Comentários / Conclusões

Destacam-se os casos apresentados pela ausência de alterações tiroideias ao diagnóstico de AA e posterior desenvolvimento de doença tiroideia auto-imune. A dúvida que fica: deveremos seguir os doentes com AA ao longo de quanto tempo?

Palavras-chave: Alopécia, Tiroidite, Alopécia areata, Autoimunidade

PD-009 – (23SPP-12867) – ALÉM DA PATOLOGIA: PUBERDADE PRECOCE OU VARIANTE DA NORMALIDADE?

Catarina Barros Azevedo[1]; Susana Correia De Oliveira[1]; Andreia Preda[2]; Margarida Dias[1,3]; Carla Meireles[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; 2 – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 3 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

A hemorragia vaginal antes dos 8 anos de idade, na ausência de sinais de desenvolvimento pubertário ou de avanço da idade óssea, sem patologia conhecida, pode ser classificada como menarca precoce isolada e este, por definição, é um diagnóstico de exclusão. Assim, uma história clínica e exame físico detalhados, são fundamentais na sua abordagem.

Criança, sexo feminino, previamente seguida por PHDA com translocação genética inespecífica, avaliada aos 6 anos de idade por um episódio de hemorragia vaginal, com duração de 2 dias, sem outros sintomas. Negado trauma, corpos estranhos, aplicação de tópicos, abuso sexual ou antecedentes familiares de patologia hemorrágica. Ao exame objetivo, estadio de Tanner M1P1, sem manchas *cafe-au-lait* ou alterações genitais. Durante 4 meses manteve perdas hemorrágicas. Do estudo complementar: ecografia pélvica com útero de morfologia infantil, tamanho adequado à idade e endométrio indetetável; radiografia da idade óssea compatível com idade real; hemograma e estudo da coagulação normais; doseamento hormonal com TSH, T4L, prolactina, LH, FSH e estradiol basal sem alterações. Durante o seguimento cessaram as perdas hemorrágicas, manteve estadio de Tanner M1P1, velocidade de crescimento adequada, sem avanço da idade óssea. Assumido diagnóstico de menarca precoce isolada e tranquilizados os pais.

Comentários / Conclusões

A manifestação isolada de menarca precoce, na ausência de outras características sexuais secundárias é uma entidade benigna e geralmente transitória. Após excluir causas patológicas, é essencial realizar um acompanhamento adequado até a resolução dos sintomas e tranquilizar as famílias. Contrariamente ao que se verifica na puberdade precoce, não existe avanço da idade óssea ou alterações hormonais.

Palavras-chave: Menarca precoce isolada, Hemorragia vaginal, Puberdade precoce

PD-010 – (23SPP-12572) – ISOTRETINOÍNA E GALACTORREIA: UMA ASSOCIAÇÃO INESPERADA?

Beatriz Falcão Cardoso[1]; Joana Baptista De Lima[2]; Carla Brandão[3]

1 – Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Serviço de Pediatria, Departamento da Infância e Adolescência, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso; 3 – Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

A galactorreia é incomum na pediatria, e é na sua maioria benigna. Existem múltiplas causas: gravidez, hipotiroidismo, hipogonadismo, tumor produtor de prolactina, estimulação mecânica, celulite/abcesso mamário, ectasia ductal, cancro da mama, lesões traumáticas, dermatite de contacto e iatrogenia a fármacos (antipsicóticos, antidepressivos, antieméticos, anti-hipertensores ou opióides).

A isotretinoína é um retinóide sistémico usado no tratamento do acne, com vários efeitos secundários descritos no RCM, não sendo a galactorreia um deles. O primeiro caso descrito ocorreu em 1985. Desde então, foram publicados vários outros. O objetivo deste caso é alertar para a ocorrência da galactorreia como efeito secundário da isotretinoína.

Adolescente 16A, sexo feminino. Referenciada à consulta de patologia endócrina pelo médico assistente por galactorreia bilateral. Antecedentes pessoais de perturbação de ansiedade generalizada (não medicada) e acne (sob isotretinoína oral desde há 6 meses). Ao exame objetivo, com hirsutismo generalizado (Ferriman-Gallwey 11 pt) e expressão mamilar de conteúdo esbranquiçado. Doseamento de LH, FSH, TSH e T4L normais, prolactina discretamente elevada, RM-CE e ecografia mamária sem alterações. Após a suspensão do fármaco, a adolescente ficou assintomática com normalização da prolactinémia. Efetuada notificação no Portal RAM do Infarmed. Sem recorrência após um ano de seguimento.

Comentários / Conclusões

A galactorreia como efeito secundário de fármacos é pouco comum, mas tem impacto psicológico importante. Embora pouco descrito em associação à toma de isotretinoína, este continua a ser um diagnóstico a ter em conta. De relembrar a importância da notificação de reações adversas, para que estas possam ser incluídas no RCM do fármaco.

Palavras-chave: Galactorreia, Isotretionoína, Iatrogenia, Acne Vulgaris

PD-011 – (23SPP-12622) – TIRÓIDE EM DUAS LOCALIZAÇÕES DIFERENTES, UMA MANIFESTAÇÃO TARDIA

Margarida Moreno Fernandes[1,2]; Ana Sofia Nunes[1,3]; Sara Sousa Fernandes[1]; Inês Eiras[1]; Suzana Figueiredo[1]

1 – Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE); 3 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

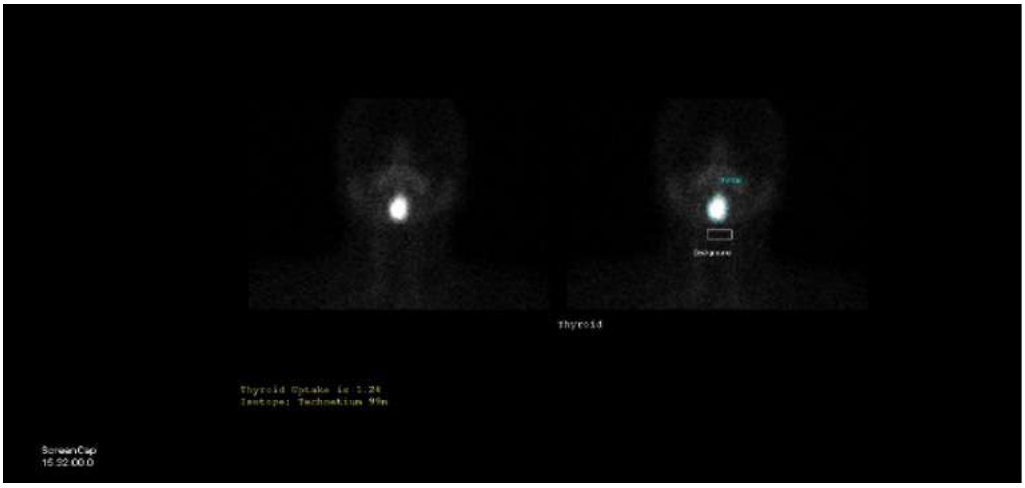
A ectopia tiroideia define-se como a presença de tecido tiroideu funcionante noutra localização anatómica. Na tiroide sublingual existe uma descida parcial da glândula e o seu crescimento tende a ser menor. Em 70-90% dos casos de ectopia tiroideia, o tecido tiroideu ectópico é o único.

Adolescente do sexo feminino, 12 anos de idade, antecedente de obesidade. Em contexto de rotina realizou análises que revelaram uma tirostimulina (TSH) aumentada (14,8µUI/mL). Restantes análises e exame objetivo sem alterações. Realizou ecografia tiroideia que revelou "tiróide não visualizada na sua topografia habitual, notando-se no seu sítio apenas uma estrutura ovóide hipoecogénica de 13mm de maior diâmetro, que pode traduzir tiróide hipoplásica". Antecedentes familiares de irmã de 23 anos com carcinoma papilar da tiróide. Foi orientada para Consulta de Endocrinologia Pediátrica para investigação. Realizou cintigrafia tiroideia, que revelou "imagem de captação focal do radiofármaco na aparente projeção da base da língua, na linha média, que relacionamos com a presença de parênquima tiroideu funcionante. Não se identificam imagens de captação do radiofármaco na região cervical". Mantém vigilância em consulta, até atualmente assintomática. Mantém hipotiroidismo subclínico, sem necessidade de terapêutica.

Comentários / Conclusões

Este caso trata-se de um hipotiroidismo subclínico primário por ectopia tiroideia. Na maioria dos casos de ectopia, esta representa o único tecido tiroideu presente, mas na literatura estão descritos raros casos de ectopia tiroideia dupla em que coexiste uma glândula tiroideia cervical, funcionante ou não, como neste caso. O diagnóstico foi relevante pelo risco de evoluir para hipotiroidismo clínico.

Palavras-chave: ectopia tiroideia, tiróide sublingual, hipotiroidismo subclínico, ectopia tiroideia dupla



PD-012 – (23SPP-12577) – MODY 2: A NOVEL MUTATION IN GCK GENE

André Costa Silva[1]; André Costa Azevedo[1]; Sofia Poço Miranda[1]; Cátia Juliana[1]; Inês Magalhães[1]; Sara Paulino[2]; Ana Sofia Nunes[3]; Mariana Branco[1]; Sandrina Martins[1]

1 – ULSAM; 2 – HSJ; 3 – Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

Monogenic diabetes results from one or more defects in a single gene or chromosomal locus. The disease may be inherited as a dominant, recessive, or non-Mendelian trait or may present as a spontaneous case due to a 'de novo' mutation. Maturity-onset diabetes of the young (MODY) is the most common form of monogenic diabetes, accounting for 2.5-6.5% of pediatric diabetes, and is inherited in an autosomal dominant way, with a classical presentation in children, teenagers, or young adults. One of the most common forms is MODY 2 caused by mutations in the glucokinase (GSK) gene. We report a clinical case of a 4-year-old with nonprogressive mild hyperglycemia, glucose profile anomalies in three consecutive generations in this family, and the absence of islet autoantibodies. Results on Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) Panel displayed a novel mutation in the GCK gene – heterozygosity c.79+1_579+33del. Due to the typical clinical presentation, we conclude that this novel mutation is a pathogenic one and not a polymorphism without an effect on protein function.

Comentários / Conclusões

Patients with GCK-MODY are often initially misdiagnosed with early T1DM or T2DM diabetes. A total of 620 mutations in the GCK gene have been described in a total of 1,441 families, and in this case report, a novel mutation was detected. Because treatment, follow-up, and prognosis are different from other forms of MODY and from type 1 and type 2 Diabetes, the correct identification of GCK-MODY is clinically important. Since treatment is not recommended outside of pregnancy, an accurate diagnostic approach for patients with GCK-MODY is then very important to avoid unnecessary treatment and investigations

Palavras-chave: Diabetes, MODY

PD-013 – (23SPP-12678) – UMA CAUSA INCOMUM DE MÁ PROGRESSÃO PONDERAL

Daniela Pestana[2]; João Crispim[2]; Filipa Marques[2]; Cristina Gonçalves[2]; Marta Cabral[2]; Raquel Ferreira[2]; Elisa Galo[2]; João Farela Neves[2]; Diana Pereira[1]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte;
2 – Departamento de Pediatria, Hospital da Criança e do Adolescente, Hospital da Luz Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

A má progressão ponderal no período neonatal é habitualmente consequência de uma nutrição insuficiente, embora a sua etiologia possa ser multifatorial. A sua identificação precoce, estudo etiológico e tratamento são essenciais.

Caso clínico: Lactente de 1 mês e 15 dias, com antecedentes de gravidez e parto sem intercorrências, somatometria à nascença adequada à idade gestacional. Admitido por má progressão ponderal, sem qualquer sintomatologia associada. Alimentação por fórmula infantil, com boa tolerância. Na admissão lactente emagrecido com peso sobreponível ao da nascença, restante exame sem alterações. Realizada avaliação analítica, que evidenciou hiponatremia (Na+ 125 mmol/L), hipercaliémia (K+ 8,3 mmol/L) e acidose metabólica (pH 7,24, HCO3 16 mmol/L), sendo internado para correção das alterações eletrolíticas e investigação etiológica. Pela suspeita de crise adrenal foram realizadas colheitas para estudo endocrinológico e iniciou de imediato terapêutica com hidrocortisona EV. A destacar elevação da ACTH (247,1 pg/mL) e da 17-hidroxiprogesterona (16,67 ng/mL), resultados compatíveis com insuficiência suprarrenal. Após a fase aguda manteve terapêutica com glucocorticoide, que foi titulado até à dose de manutenção, e iniciou mineralocortidoide (fludrocortisona oral). Ocorreu boa evolução clínica, com resolução das alterações hidroeletrolíticas.

Comentários / Conclusões

A Hiperplasia Congénita da Suprarrenal clássica constitui a forma mais comum de apresentação de insuficiência suprarrenal no período neonatal. A sintomatologia é inespecífica e insidiosa, existindo muitas vezes um atraso no seu diagnóstico. A crise adrenal é uma emergência médica, pelo que o tratamento não deve atrasado para realização de procedimentos diagnósticos.

Palavras-chave: má progressão ponderal, hiponatrémia, hipercaliémia, hiperplasia congénita da suprarrenal, crise adrenal

PD-014 – (23SPP-12540) – UMA CAUSA INCOMUM DE DIARREIA CRÓNICA: CASO CLÍNICO

Tomás Ferrão[1]; Rita Alvelos[1]; Kátia Maurício[1]; Ana Rita Jesus[2]; Anabela Neves[1]; Maria Manuel Flores[1]

1 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 2 – Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A diarreia crónica consiste na diminuição da consistência e/ou aumento da frequência das dejeções, com duração superior a 14 dias. Em lactentes e crianças em países desenvolvidos, as etiologias possíveis incluem infeções intestinais persistentes, distúrbios funcionais, má-absorção (p.e. doença celíaca) e enteropatias auto-imunes.

Apresentamos uma criança do sexo masculino, 12 meses de idade, antecedentes irrelevantes, que recorre ao SU por dor abdominal tipo cólica e diarreia, sem sangue ou muco, com 1 semana, com um vómito associado. Residia em meio urbano, sem contacto com animais. Estivera numa praia fluvial 4 dias antes, sem outras viagens. Exame objetivo sem alterações. Teve alta com probiótico e soro de reidratação oral. Regressa ao SU por manter diarreia, com 13 dias de evolução, e por noção de agravamento da dor abdominal. Ao exame físico, encontrava-se hidratado e com timpanismo abdominal. Estudo analítico, ecografia abdominal, coprocultura e pesquisa de vírus nas fezes sem alterações. Retorna 3 dias depois, por noção de prostração. Não apresentava alterações à observação e repetiu estudo, positivo para *Cryptosporidium parvum* nas fezes. Um mês depois estava já assintomático. Realizado rastreio de doença celíaca e de HIV, doseamento de Imunoglobulinas e nova pesquisa de Cryptosporidium, sem alterações.

Comentários / Conclusões

O parasita protozário *Cryptosporidium* é uma causa incomum de diarreia crónica. Os sintomas podem ser prolongados e graves em imunodeprimidos e lactentes, pelo que deve ser incluído no estudo da diarreia crónica. A anamnese e contexto epidemiológico podem ser relevantes para a suspeita diagnóstica. É também importante excluir imunodeficiência concomitante, sendo que o tratamento está indicado apenas nestas situações.

Palavras-chave: diarreia, gastroenterite, parasitologia, Cryptosporidium

PD-015 – (23SPP-13052) – SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA A TUBERCULOSE DISSEMINADA

Mafalda Sousa Cardoso[1]; Ana Margarida Garcia[2]; Tiago Milheiro Silva[2]; João Farela Neves[2]; Catarina Gouveia[2]

1 – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; 2 – Hospital Dona Estefânia

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome hemofagocítica (SHF) é uma doença imunológica rara, que pode ser desencadeada por vários agentes, sendo os vírus os mais frequentes. Raramente, pode associar-se a tuberculose.

Adolescente masculino de 17 anos, natural do Gana, em Portugal desde há 3 meses, admitido por febre, vómitos, diarreia, dor abdominal, tosse, sudorese noturna e perda ponderal não quantificada desde há 1 mês. Ao exame objetivo a destacar: aspeto emagrecido, sudorético, escleróticas ictéricas, hepatomegália e adenopatias cervicais e supraclaviculares. Analiticamente: pancitopénia (Hb 7.9 g/dL, Linfócitos 400/µL, Plaquetas 68000/µL), PCR 93.8mg/L, AST 212 U/L e GGT 360U/L. A TAC toraco-abdominal demonstrou padrão pulmonar em vidro despolido, hepatoesplenomegália nodular e múltiplas lesões líticas ósseas. Morfologia do sangue periférico sem blastos, LDH 890 U/L. Excluídas outras infeções, entre as quais VIH, Bartonella, Leishmania e Histoplasma. IGRA T-spot positivo. Agravamento em D6 de internamento, cumprindo critérios de SHF: febre, pancitopenia, ferritina 9608 ng/mL, fibrinogénio 1.1 g/L, esplenomegália e CD25s 21500 pg/mL. Realizou mielograma que identificou células de Langhans. Biópsia osteomedular, lavado broncoalveolar e suco gástrico positivos para M.tuberculosis. Iniciou metilprednisolona e terapêutica antibacilar com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. Melhoria clínica e analítica progressiva. O painel genético de imunodeficiências encontra-se em curso. Está atualmente a ser acompanhado em consulta, com boa evolução clínica e analítica.

Comentários / Conclusões

A SHF associada à tuberculose é rara mas fatal se não tratada.

É necessário um elevado índice de suspeição para a instituição de terapêutica precoce – antibacilar e imunomoduladora.

Palavras-chave: síndrome hemofagocítico, tuberculose disseminada

PD-016 – (23SPP-12742) – SÉRIE DE TRÊS CASOS DE VARICELA COMPLICADA COM CELULITE E FASCEÍTE

Leonor Figueira[1]; Filipa Paixão[1]; Mariana Fidalgo Silva[1]; Francisca Costa[1]; Carlos Escobar[1]

1 – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

Apesar do curso habitualmente benigno da varicela, a infeção da pele e tecidos moles é a complicação mais frequente, cursando em <1% com fasceíte necrotizante (FN).

Caso 1: 7 anos, saudável, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) no 4º dia de varicela e de aciclovir por febre e sinais inflamatórios torácicos com 2 dias de evolução. Antipirexia com AINE no domicílio. Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) 5 pontos. Ecografia com celulite, miosite e fasceíte do hemitórax direito.

Caso 2: 2 anos, obeso, recorreu ao SU no 4º dia de varicela por sinais inflamatórios da axila direita, febre e prostração há <48h. LRINEC 3 pontos. Ecografia com espessamento difuso do plano muscular axilar. Ambos iniciaram flucloxacilina e clindamicina endovenosa (EV). A primeira doente evoluiu com abscesso torácico, com necessidade de drenagem.

Caso 3: 4 anos, saudável, recorreu ao SU no 7º dia de varicela por 4 dias de febre e sinais inflamatórios da coxa esquerda com flictena hemorrágica associada a dor desproporcional de aparecimento no próprio dia. LRINEC 8 pontos. Tomografia computorizada e ecografia com celulite e fasceíte da coxa esquerda. Iniciou ceftriaxone, flucloxacilina e clindamicina EV. Abordagem cirúrgica com evidência de necrose dos tecidos moles profundos, com desbridamento (Figura 1) e isolamento de Streptococcus pyogenes.

Nenhum destes doentes se encontrava vacinado contra a varicela. Os dois últimos casos não realizaram AINE.

Comentários / Conclusões

Apesar de rara, a FN tem elevada mortalidade sendo o diagnóstico precoce fundamental. A dor desproporcional alerta para FN, podendo o score LRINEC ser útil para a intervenção atempada. Os exames de imagem são frequentemente inespecíficos, sendo o diagnóstico clínico.

Palavras-chave: varicela, complicações, celulite, fasceíte necrotizante

PD-017 – (23SPP-12707) – O DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UMA FEBRE SEM FOCO

João Rebelo Lima[1]; Filipe Ginja[1]; Alexandra Vilas Fabião[1]; Margarida Reis Morais[1]; Carla Moreira[1]; Helena Silva[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga E.P.E

Introdução / Descrição do Caso

A febre sem foco (FSF) é uma entidade clínica preocupante pelo potencial risco de infeção bacteriana grave, ainda que, na sua grande maioria, se traduza numa infeção vírica benigna e autolimitada. Reportamos o caso de uma criança de 6 anos, com uma vinda ao serviço de urgência (SU) recente por FSF, para o qual foi medicado com amoxicilina/ácido clavulânico 14:1 por suspeita de bacteriémia oculta. Antecedentes patológicos (AP) de varicela recente e pielectasia à direita. Trazido novamente ao SU por persistência de febre, com 6 dias de evolução e após 72h de antibioterapia, associada a dor abdominal. Negava sintomatologia urinária. Ao exame objetivo com bom estado geral e punhopercussão do ângulo costovertebral direito positiva. Analiticamente apresentava elevação dos parâmetros inflamatórios e leucocitúria pouco significativa (15 leucócitos/uL). Ecograficamente visualizavam-se apenas sinais sugestivos de adenite mesentérica mas na TC com contraste constatou-se a presença de imagens sugestivas de pielonefrite aguda com abcesso em formação à direita. Dada a falha terapêutica inicial e os AP, optou-se por iniciar imipenem/cilastatina e vancomicina, que cumpriu durante 12 dias. A urocultura revelou-se negativa. Teve alta ao 13º dia de internamento medicado com cefixima oral mais 2 semanas, orientado para consulta de Nefrologia Pediátrica.

Comentários / Conclusões

Os abcessos renais são complicações raras das infeções do trato urinário, mas devem ser equacionados em doentes com AP de patologia nefrológica e em caso de insucesso da antibioterapia inicial. Neste caso, a ausência de sintomas urinários, de leucocitúria significativa e de alterações ecográficas atrasaram o diagnóstico. Atendendo aos AP do doente optou-se por uma antibioterapia com cobertura alargada.

Palavras-chave: Febre sem foco, Abcesso renal

PD-018 – (23SPP-12658) – O QUE MUDOU, O VÍRUS DA VARICELA OU O HOSPEDEIRO? – CASO CLÍNICO

Ana Sofia Nunes[1,2]; Margarida Moreno Fernandes[1,3]; Inês Eiras[1]; Sara Sousa Fernandes[1]; Mariana Santos Nobre[1]; Pedro Marinho[1]; Mariana Bastos Gomes[1]

1 – Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 3 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE)

Introdução / Descrição do Caso

A maioria das infeções por varicela resolvem-se sem intercorrências. No entanto, podem existir complicações cutâneas, neurológicas, gastrointestinais e respiratórias, com impacto na morbimortalidade do doente.

Lactente de 6 meses, sexo masculino, com diagnóstico de varicela há 1 semana, sob tratamento sintomático, foi trazido ao Serviço de Urgência por febre com 8 dias de evolução e tumefação no membro inferior esquerdo (MIE) e cotovelo direito, em agravamento progressivo. Irmã de 4 anos com diagnóstico de varicela 14 dias antes. Ao exame objetivo, apresentava-se hemodinamicamente estável, febril e choroso. Observava-se exantema compatível com varicela de predomínio na face e couro cabeludo. Apresentava tumefação ruborizada e quente com 6x4 centímetros na região crural anterior do MIE, e outra com 4x3 centímetros no cotovelo direito, de limites mal definidos, compatíveis com celulite.

Apresentava leucocitose (17860/uL) com neutrofilia (11800/uL) e PCR 7,13 mg/dL. Ficou com hemocultura (HC) em curso.

Decidido internamento sob antibioterapia endovenosa com flucloxacilina 200 mg/Kg/dia e clindamicina 40 mg/Kg/dia, que cumpriu por 7 e 4 dias, respetivamente. HC negativa. Em D7 teve alta sob amoxicilina+ácido clavulânico 4:1, 50 mg/Kg/dia, 7 dias e ficou orientado para consulta de Pediatria. Após 4 semanas foi observado em consulta, sem alterações. Solicitado estudo imunológico básico.

Comentários / Conclusões

Os autores pretendem alertar para a observação do aumento do número de casos de varicela complicada no nosso serviço. Pretendemos destacar o possível impacto que a pandemia Covid-19 teve na imunidade do hospedeiro ou no vírus da varicela e a importância de se efetuarem estudos neste sentido.

Palavras-chave: varicela, celulite

PD-019 – (23SPP-12703) – TROMBOSE DA VEIA JUGULAR INTERNA: QUANDO A OTOMASTOIDITE COMPLICA

Inês Noites[1]; Carolina Simão[1]; Marina Rita Soares[1]

1 – Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução / Descrição do Caso

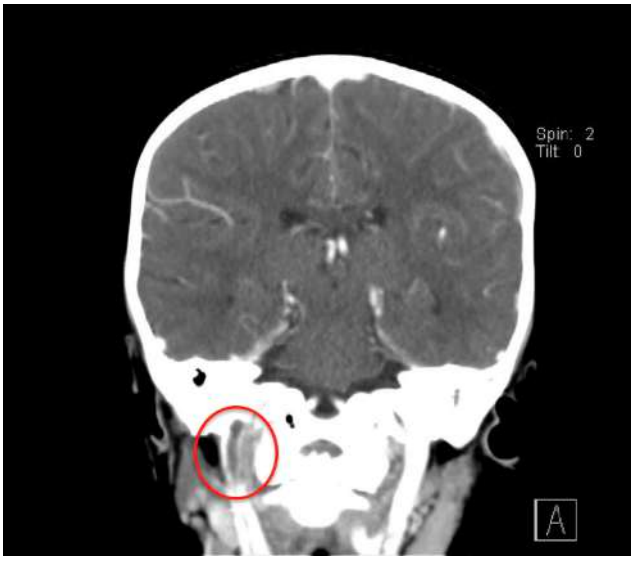
A trombose da veia jugular interna (TVJI) é uma condição rara em idade pediátrica, potencialmente ameaçadora de vida. É comum associar-se ao uso prolongado de cateteres venosos centrais, infeções cranianas e cervicais profundas (ICCP) ou trauma. Pode ser assintomática ou cursar com clínica inespecífica, como dor cervical e cefaleia.

Uma criança do sexo feminino, de quatro anos de idade, previamente saudável, foi transferida de outra ilha por otite média aguda supurada complicada com otomastoidite bilateral e celulite pré-septal direita, para tratamento endovenoso e vigilância. À admissão, com edema palpebral direito, otorreia purulenta bilateral e dor à palpação da mastoide. Analiticamente, com elevação dos parâmetros infeciosos (31940 leucócitos/uL e PCR 25,7mg/dL) e alterações da coagulação (TP 27,6 segundos, INR 2,16 e D-dímeros 2236ng/mL). Por agravamento da febre, dor cervical e torcicolo, realizou tomografia cranioencefálica (TC-CE) que revelou TVJI direita. Iniciou hipocoagulação e realizou estudo de trombofilias e de autoimunidade que foi negativo. Por persistência da febre, foi escalada antibioterapia, realizada antrostomia e miringotomia direitas e repetida TC-CE que revelou abcesso adjacente ao clivus. Foi transferida para a Unidade de Infeciologia Pediátrica do hospital de referência para continuação de cuidados, evoluindo favoravelmente, sem necessidade de reintervenção cirúrgica. Teve alta um mês após admissão, sob hipocoagulação que cumpriu durante três meses, sem intercorrências.

Comentários / Conclusões

Com este caso pretende-se destacar a TVJI como uma complicação potencialmente grave de ICCP em idade pediátrica, que não deve ser desvalorizada, uma vez que a instituição atempada de terapêutica evita complicações e sequelas a longo prazo.

Palavras-chave: Trombose da Veia Jugular Interna, Otomastoidite, Celulite pré-septal, Abcesso adjacente ao clivus, Hipocoagulação, Idade Pediátrica



PD-020 – (23SPP-12688) – CHOQUE TÓXICO ESTREPTOCÓCICO: QUANDO O COMPLICADO SE COMPLICA

Iuliana Lascu[1]; Filipa Briosa[1]; Sara Fonseca[2]; Joana Dias[1]; Ana Catarina Almeida[1]

1 – Hospital Beatriz Ângelo; 2 – Hospital Santa Maria

Introdução / Descrição do Caso

Criança de 4 anos, saudável, levada ao serviço de urgência por febre e dor nos membros inferiores com dois dias de evolução. À admissão febril, prostrada e com sensação de doença, apresentando exantema puntiforme coalescente no tronco, hiperémia da orofaringe e recusa para a marcha. Realizou-se pesquisa de Streptococcus pyogenes na orofaringe que se revelou positiva e avaliação analítica com elevação dos parâmetros inflamatórios e transaminases. Perante a suspeita de Síndrome do Choque Tóxico Estreptocócico iniciou antibioterapia endovenosa (penicilina e clindamicina) tendo apresentado episódio de choque compensado, com resposta a fluidoterapia em bólus. Por suspeita de artrite sética realizou-se, em D1 de internamento, artrocentese da anca esquerda, com isolamento de Streptococcus pyogenes no líquido articular, e posteriormente artrocentese do joelho esquerdo, sem isolamento de agente. Em D2 de internamento aparecimento de sinais inflamatórios da região supraclavicular e ombro direito sugestivos de celulite. Realizou 3 dias de imunoglobulina endovenosa com melhoria, mas dois dias depois reiniciou dor no ombro direito com limitação da mobilidade. Achados ecográficos compatíveis com trombose da veia cefálica direita, pelo que iniciou enoxaparina em dose terapêutica que mantém até à data. Alta em D23 de internamento, tendo cumprido 4 semanas de terapêutica antibiótica.

Comentários / Conclusões

A incidência da doença invasiva a Streptococcus pyogenes aumentou na Europa no período pós-pandémico. Perante a hipótese de Síndrome de Choque Tóxico Estreptocócico, e outras complicações raras como a artrite sética e trombose venosa, a elevada suspeição diagnóstica é fundamental para garantir o tratamento atempado.

Palavras-chave: Síndrome choque tóxico estreptocócico

PD-021 – (23SPP-12628) – MENINGITE VÍRICA A ENTEROVÍRUS COM HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

Filipe Ginja[1]; Alexandra Vilas Fabião[1]; Sara Silva Rodrigues[1]; Mariana Portela[1]; Margarida S. Abreu[1]; Joana Vilaça[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

O enterovírus é o principal agente da meningite vírica em idade pediátrica. Manifesta-se habitualmente por febre, vómitos e cefaleias, com presença de sinais meníngeos. A maioria dos casos apresenta evolução benigna sob tratamento de suporte. A hipertensão intracraniana (HIC) associada a infeção por enterovírus é uma complicação raramente descrita.

Caso 1: Menina de 8 anos, antecedentes de obesidade, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com cefaleias frontais intensas com 2 dias de evolução, sem resposta à analgesia. Associadamente, náusea e febre. Ao exame objetivo apresentava papiledema, com diplopia e oculodinia nas posições extremas do olhar, sem alterações da consciência ou sinais meníngeos. Após realização de Tomografia Computorizada do Crânio (TC CE) (normal), foi realizada punção lombar (PL), com pressão de abertura elevada (38cmH2O), e posterior alívio marcado da cefaleia. Líquido cefalorraquidiano (LCR) com pleocitose ligeira, identificando-se enterovírus.

Caso 2: Menino de 4 anos com Neurofibromatose tipo 1, recorreu ao SU por vómitos alimentares incoercíveis com 1 dia de evolução, cefaleia occipital intensa sem cedência à analgesia e pico febril isolado. Ao exame objetivo com desidratação ligeira e rigidez da nuca, sem outras alterações. Realizou TC CE (normal). A PL revelou pressão de abertura de 33cmH2O. LCR com pleocitose ligeira, também com identificação de enterovírus. Posterior cessação dos vómitos e alívio franco da cefaleia.

Comentários / Conclusões

Estes casos mostram meningites a enterovírus com HIC, cujos sinais e sintomas podem sobrepor-se. Apesar do curso habitualmente benigno e autolimitado, estes casos pretendem salientar o papel terapêutico da PL na HIC em contexto de infeção a enterovírus, associação descrita como incomum.

Palavras-chave: Meningite, Enterovírus, Hipertensão intracraniana, Punção lombar

PD-022 – (23SPP-12586) – FEBRE ENQUANTO MOTIVO DE VINDA DE RECÉM-NASCIDOS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA: MENOS FREQUENTE, MAIS PREOCUPANTE

Francisca Strecht Guimarães[1]; Sara Araújo[1]; Inês Azevedo[1]; Sandra Silva[1]; Virgínia Monteiro[1]; Miguel Costa[1]

1 – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução e Objectivos

O período neonatal é caracterizado por uma grande adaptação do recém-nascido (RN) à vida extrauterina, e dos seus cuidadores a um novo Ser dependente deles.

Neste período existe grande inespecificidade na sintomatologia, que associado à inexperiência de muitos cuidadores, causa dúvidas e ansiedade e um elevado número de admissões ao serviço de urgência (SU).

A febre é dos principais motivos de vinda ao SU na população pediátrica. Nos RN, apesar de menos frequente, é sempre preocupante, pois na maioria dos casos representa situações potencialmente graves. O objetivo deste estudo foi caraterizar a população de RN admitidos por febre no SU no ano de 2022, e respetiva necessidade de cuidados médicos.

Metodologia

Estudo retrospetivo com análise dos episódios de urgência de RN admitidos no SU de Pediatria de hospital nível II durante o ano de 2022.

Resultados

Analisaram-se 286 episódios de urgência, 17 readmissões, sendo incluídos 269 RN. A febre foi motivo de admissão em 4% e a maioria não foi referenciado.

Neste grupo, todos RN de termo, 58% do sexo masculino e a média de idades foi 19 dias. As mães todas primigestas, com média de idade 29 anos. 42% das admissões deram-se no Outono, sendo o horário 12-20h o mais procurado.

Todos foram submetidos a exames complementares de diagnóstico e ficaram internados sob vigilância e tratamento. Os diagnósticos mais comuns: Infeção das vias aéreas superiores (3), Meningite a Enterovírus (2) e Encefalite a Parechovírus (2). Dois casos corresponderam a patologia benigna ou questão de puericultura.

Conclusões

Como observámos, são uma minoria os casos de febre em RN que motivam vinda ao SU. Contudo, é sempre sinal de alarme. Exige observação médica urgente e investigação e tratamento precoces, reduzindo a potencial morbimortalidade.

Palavras-chave: Febre; Recém-nascido; Urgência

PD-023 – (23SPP-12888) – INTERNAMENTOS POR TUBERCULOSE – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DISTRITAL

Tatiana Gonçalves[1]; Ana Rita Jesus[2]; Diogo Ministro[1]; Patrícia Ribeiro Gonçalves[1]; Maria Manuel Flores[1]; Joana Amorim[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 2 – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Pediátrico

Introdução e Objectivos

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida por via aérea, com atingimento preferencial dos pulmões. Atualmente, uma das estratégias para prevenir formas graves da doença é a vacina BCG, destinada a crianças pertencentes a grupos de risco. O objetivo deste estudo foi caracterizar os internamentos, por suspeita de TB, num hospital nível II, entre janeiro de 2018 e junho de 2023.

Metodologia

Análise retrospetiva de todos os internamentos com diagnóstico final de TB, através da consulta de processos clínicos.

Resultados

Foram identificados 15 internamentos por suspeita de TB. A mediana de idades foi de 1,8 anos. Treze (87%) tiveram contacto com caso confirmado de TB, 9 (69%) dos quais bacilíferos. 60% apresentou sintomatologia. A tosse foi o sintoma mais reportado (40%, n=6). A radiografia de tórax foi normal em 67% dos casos (n=10) e anormal em 50% dos doentes com TB doença (n=2). Oito (53%) iniciaram quimioprofilaxia com isoniazida. Registou-se 1 caso confirmado e 3 casos prováveis de TB doença e 3 casos de TB latente. A duração média de internamento foi de 5.6 dias. Apenas 1 dos 7 casos com vacinação prévia para a BCG desenvolveu TB doença.

Conclusões

Embora, segundo o sistema de vigilância epidemiológica, se tenha verificado uma diminuição da incidência de TB em Portugal, esta continua a ser um problema de saúde pública em idade pediátrica. Não se verificaram casos de TB extrapulmonar, nem efeitos adversos relacionados com a terapêutica antibacilar. Uma radiografia de tórax normal não exclui TB doença. Sendo a TB prevenível e curável, o rastreio atempado da criança exposta é fundamental.

Palavras-chave: tuberculose, internamento, BCG

PD-024 – (23SPP-12637) – O QUE ESCONDE A HIPEREMIA PERIANAL? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Mendonça[1]; Gonçalo Passos Croca[1]; Maria Inês Brito[1]; Madalena Sassetti[1]

1 – Centro Hospitalar do Oeste – Caldas da Rainha

Introdução / Descrição do Caso

A dermatite perianal estreptocócica é uma infeção cutânea superficial causada pelo Streptococcus β–hemolítico do grupo A (SbGA). É uma entidade subdiagnosticada, o que leva a um tratamento tardio e ao aparecimento de complicações, como obstipação e retorragia. Ocorre entre os 6 meses e os 10 anos e afeta predominantemente rapazes. Caracteriza-se por eritema peri-anal com bordos bem definidos, prurido, dor local e à defecação, por vezes com sangue, sem sintomas sistémicos. O diagnóstico é confirmado pelo teste rápido para pesquisa de antigénios (TDAR) do SbGA e/ou cultura do exsudado. O tratamento é a amoxicilina oral 50 mg/kg/dia 10 dias.

Rapaz de 4 anos,sem antecedentes pessoais relevantes, dirigiu-se ao Serviço de Urgência Pediátrico (SUP) por odinofagia e febre com 24 horas de evolução. Concomitantemente referia hiperemia anal. Negava prurido anal, sangue nas fezes ou qualquer outra sintomatologia.

À observação apresentava bom estado geral, sem alterações na orofaringe, hiperemia perianal de bordos bem definidos, sem fissuras visíveis. Realizado TDAR do SbGA perianal com resultado positivo. Medicado com amoxicilina oral 50 mg/kg/dia 10 dias. Retornou após um mês ao SUP por recorrência da hiperemia perianal, com TDAR perianal positivo, pelo que foi medicado com amoxicilina+ácido clavulânico 80mg/kg/dia 10 dias. Observado após 2 semanas com resolução total da sintomatologia.

Comentários / Conclusões

Tal como neste caso, a literatura alerta para a existência de recorrências, apesar do diagnóstico e tratamentos adequados. Especula-se como causas a transmissão intrafamiliar e a presença de agentes locais produtores de β-lactamases. Assim, perante este diagnóstico, devemos manter o seguimento até resolução total.

Palavras-chave: Hiperemia anal; Dermatite perianal streptocócica

PD-025 – (23SPP-12636) – MALÁRIA CONGÉNITA? – DO DIAGNÓSTICO MATERNO À EXCLUSÃO NO RECÉM-NASCIDO

Daniela Henriques[1]; Carla Rosa[1]; Patricia Silva[1]; Joana Antunes[1]; Aldina Lopes[1]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital de Santarém

Introdução / Descrição do Caso

A Malária Congénita (MC) é uma entidade que ocorre em 1-4% dos filhos de mãe com malária intra-parto, por transmissão vertical do parasita. A imunidade passiva transmitida pela mãe, pode atrasar o início dos sintomas até 6-8 semanas após o parto. Clinicamente a MC pode apresentar-se como síndrome-*sepsis like*. O diagnóstico é feito através detecção de formas assexuadas dos parasitas no sangue do recém-nascido (RN).

RN, sexo feminino, gestação de 33 semanas 6 dias vigiada em país endémico para malária até às 31 semanas de idade gestacional. Ecografias obstétricas e serologias maternas sem alterações. Mãe com obesidade, hipertensão, diabetes gestacional e antecedentes de várias infeções por malária prévias à gravidez, com suspeita de malária no primeiro trimestre. No dia do parto, apresentava febre intermitente com 3 dias de evolução. Realizou pesquisa laboratorial de malária para *P.falciparum* que foi positiva, com parasitémia de 15.6%. Parto por cesariana, peso nascimento 2560g. Índice APGAR 7/8/10. Realizou pesquisa de *Plasmodium* em D1, D2, D3 e D6 de vida que foi sempre negativa. Analiticamente, manteve parâmetros de rastreio séptico negativos. Alta da maternidade em D7 vida.

Comentários / Conclusões

A MC mantém-se uma entidade rara, sobretudo em países desenvolvidos. Dado o panorama atual de migrantes oriundos de países onde a malária é endémica, torna-se cada vez mais importante alertar para este diagnóstico e para a importância de o tratar antes do parto, de modo a minimizar o risco de transmissão vertical. A literatura científica sobre MC é escassa, existindo alguns casos reportados na literatura, não existindo ainda protocolos de atuação em filho de mãe com malária.

Palavras-chave: P. falciparum, P.vivax, Malária materna, Malária congénita

PD-026 – (23SPP-12884) – QUANDO PARECE TUBERCULOSE... E AFINAL É UM LINFOMA

Rafaela Paiva[1]; Ana Filipa Mouro[1]; Luciana Barbosa[1]; Joana Grenha[1]; Diana Moreira[1]; Tereza Oliva[2]; Miguel Guerra[3,4]; Isabel Carvalho[1,5]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Porto; 3 – Serviço de Cirurgia Cardiotorácica – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 4 – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 5 – Centro de Diagnóstico Pneumológico de Gaia

Introdução / Descrição do Caso

O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia maligna com origem na expansão clonal de células de Hodgkin e *Reed-Sternberg*, elementos derivados das células B. As suas manifestações clínicas são maioritariamente relacionadas com órgãos pertencentes ao sistema linfático, contudo, em alguns pacientes, podem existir manifestações extraganglionares, nomeadamente pulmonares e sistémicas. O LH pulmonar primário é uma forma rara de LH e tem uma apresentação atípica, o que se associa a um atraso diagnóstico, apesar de não parecer afetar o prognóstico.

Apresentam-se dois casos clínicos, adolescentes do sexo masculino, de 16 e 15 anos, admitidos por tosse com algumas semanas de evolução e febre. Nos exames de imagem, presença de adenomegalias mediastínicas e hilares, e áreas de consolidação e cavitação. Admitido diagnóstico de pneumonia bilateral. Iniciaram antibioterapia e, posteriormente, tuberculostáticos. Sem melhoria clínica ou imagiológica. Em ambos os casos foi efetuada uma extensa lista de exames complementares por forma a excluir diagnósticos diferenciais, nomeadamente, doença pulmonar intersticial, infeção fúngica e doença auto-imune. O diagnóstico de LH foi possível por biópsia ganglionar cervical no primeiro caso e no segundo por mediastinoscopia com exérese de gânglio mediastínico.

Comentários / Conclusões

Perante um quadro de pneumonia complicada sem resolução sob antibioterapia e/ou tuberculostáticos, associada a infiltrados parenquimatosos com cavitações e/ou adenopatias mediastínicas, deve ser evocado o diagnóstico diferencial de LH. A obtenção de amostras adequadas e confirmação do diagnóstico é por vezes difícil, sendo útil a articulação multidisciplinar.

Palavras-chave: Linfoma de hodgkin, cavitações pulmonares, adolescente

PD-027 – (23SPP-13066) – UMA HISTÓRIA COMUM, UMA IMAGEM DIFERENTE: UM CASO DE ABCESSO PULMONAR

Maria Limbert[1]; Ana Beatriz Vaz[2]; Mariana Barros[1]; Carina Cardoso[1]; Carolina Guimarães[1]; Tiago Milheiro Silva[3]

1 – Unidade Funcional de Pediatria, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr José de Almeida; 2 – Hospital Dona Estefânia, CHULC; 3 – Infecciologia pediátrica, Hospital Dona Estefânia, CHULC

Introdução / Descrição do Caso

O abcesso pulmonar é uma complicação rara da pneumonia em pediatria. Surge normalmente em crianças com fatores de risco (doença periodontal, estados de imunossupressão, ou situações que levem a aspiração repetida) e está associada a elevada morbilidade. A sua incidência tem vindo a diminuir devido ao uso de antibioterapia adequada e vacinação.

Rapaz de 13 anos, com perturbação do espetro do autismo e obesidade, em situação social precária, recorreu ao serviço de urgência por tosse produtiva com três dias de evolução e febre desde a véspera com sensação materna de dor pleurítica. Auscultação pulmonar normal. A radiografia torácica relevou uma imagem nodular com níveis-hidroaéreos no hemicampo direito. Para melhor esclarecimento da imagem foi realizada TC que demonstrou cavitação com 4cm de maior eixo, com nível hidroaéreo no interior, no lobo médio. Analiticamente leucocitose 16430/mcL e PCR 19mg/dL. Atendendo aos antecedentes pessoais foram excluídas tuberculose pulmonar (através da realização de Mantoux, IGRA, exames diretos TAAN e cultural para BK no suco gástrico e lavado broncoalveolar). Foram igualmente excluídas défice de alfa antitripsina, doença granulomatosa crónica, outros causas infecciosas. Não foi possível identificar agente causador. Cumpriu 28 dias de antibioterapia endovenosa dupla (cefalosporinas 3ª geração e clindamicina), com boa evolução. Mantém seguimento em consulta.

Comentários / Conclusões

O abcesso pulmonar é tipicamente polimicrobiano e causado por agentes anaeróbios. O diagnóstico diferencial faz-se com pneumonia, malformação pulmonar, tuberculose, infeções fúngicas, neoplasia, entre outros. A elevada suspeição e uma abordagem multidisciplinar atempada são relevantes para um prognóstico favorável.

Palavras-chave: Abcesso pulmonar, idade pediátrica

PD-028 – (23SPP-12854) – QUANDO O SIMPLES SE TORNA COMPLICADO

Filipe Rodrigues[1]; Marta Guerra[1]; Jorge Rodrigues[1]; Ana Rita Albuquerque Costa[1]; Joaquina Antunes[1]; Inês Costa Lobo[1]

1 – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução / Descrição do Caso

O trauma é um fator etiológico incomum de celulite orbitária (CO). Rapaz, 10 anos, admitido por traumatismo da hemiface esquerda, condicionando desvio nasal para a direita; à esquerda, edema malar, equimose infraorbitária e lacerações superficiais na região lateral do nariz e zigomática. TC identificou fratura cominutiva dos ossos próprios do nariz e pirâmide nasal, deformidade associada e sinais inflamatórios etmoidomaxilares e esfenoidais; sem atingimento intraorbitário. Após discussão com ORL, alta sob tratamento sintomático e reavaliação em 24h.

Regressa 16 horas depois por agravamento do edema periorbitário esquerdo, impossibilitando abertura ocular, e febre. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia, PCR e PCT negativas. Assumida CO pós-traumatismo ORL e iniciados ceftriaxone, flucloxacilina, metronidazol e metilprednisolona. TC contrastada confirma densificação dos tecidos moles periorbitários, aflorando o compartimento pós-septal. Em D2 internamento, transudado ocular de novo, extensão do edema à pálpebra inferior contralateral e elevação dos parâmetros inflamatórios, pelo que foi submetido a exploração cirúrgica, sem evidência de sinusite ativa; realizada redução aberta. Gradual regressão dos sinais inflamatórios com alta em D10 para consulta de ORL sob antibioterapia oral. À data de alta da consulta, discreto escurecimento cutâneo a nível da pálpebra inferior esquerda.

Comentários / Conclusões

Contrariamente à literatura, em que fraturas nasais são frequentes no trauma facial e geralmente benignas, o caso descrito apresentou evolução desfavorável e atípica. Com este caso questionamos a pertinência da profilaxia antibiótica nas fraturas faciais. A literatura não é consensual, pelo que é necessário continuar a estudar os seus riscos-benefícios.

Palavras-chave: Fratura nasal, Sinusite, Celulite periorbitária

PD-029 – (23SPP-13091) – HIPOCALIÉMIA SEVERA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sónia Correia[1]; Diana Carvalho[1]; Rita Pereira[1]; Aida Sá[1]; José Matos[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospital Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução / Descrição do Caso

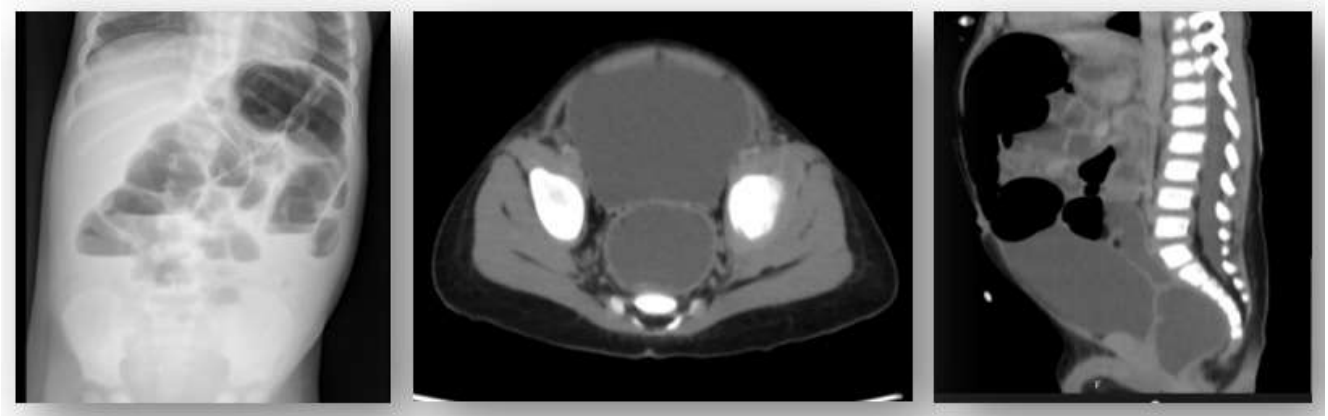
A gastroenterite aguda é uma das intercorrências infeciosas mais frequentes em idade pediátrica. A evolução é habitualmente benigna, mas, em casos severos, pode complicar cursando com desiquilíbrios hidroeletrolíticos, como hipocaliémia grave (K^+ <2,5mEq/L). A sintomatologia é dependente da gravidade do desequilíbrio, podendo manifestar-se com sintomas cardiovasculares, gastrointestinais, geniturinários ou neurológicos.

Criança do sexo masculino, 20 meses, saudável. Recorreu ao serviço de urgência por vómitos persistentes (>10 episódios/dia), diarreia abundante (>2episódios/dia), sem sangue ou muco, e recusa alimentar. À admissão com sinais de desidratação (lábios secos e perda ponderal grave). Ionograma inicial com K^+ 2,3mEq/L, pelo que iniciou fluidoterapia com suplementação de K^+. Em D2 de internamento, agravamento clínico com prostração e queixume. Ao exame objetivo apresentava distensão abdominal com ausência de ruídos hidroaéreos. Última dejeção 12 horas antes. Radiografia abdominal com evidência de níveis hidroaéreos. Eletrocardiograma e sedimento urinário sem alterações. Realizou tomografia computorizada abdominal que mostrou distensão do delgado e do cólon até à ampola retal, sem causa obstrutiva mecânica, bem como distensão da bexiga até próximo do nível do umbigo. Nova micção espontânea e saída de fezes líquidas abundante após toque retal. Isolamento de Norovirus GII nas fezes. Resolução gradual em 48horas.

Comentários / Conclusões

Este caso evidência a importância de um elevado grau de suspeição para exclusão de complicações secundárias a uma hipocaliémia grave, como uma retenção urinária ou um íleo paralítico, principalmente em crianças com micções e dejeções recentes. Com tratamento atempado e adequado, o prognóstico é favorável.

Palavras-chave: Gastroenterite; Hipocaliémia; Íleo Paralítico; Retenção urinária; Pediatria



PD-030 – (23SPP-13023) – O QUE UMA FRATURA PODE ESCONDER

Rita Aldeia Da Silva[1]; Francisca Gomes[1]; Ivo Miguel Neves[1]; Augusta Gonçalves[1]; Manuela Costa Alves[1]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

O *Staphylococcus aureus* é um dos agentes mais associados às infeções osteoarticulares. Frequentemente o seu diagnóstico pode ser tardio pela apresentação inicial inespecífica.

Adolescente de 16 anos, previamente saudável, observado no SU por febre com 3 dias de evolução, dispneia em pico febril, lipotímia e dor no pé esquerdo que cedia com analgesia. Negada queda, trauma, tosse ou rinorreia. Dor à palpação da arcada interna do pé esquerdo, sem sinais inflamatórios, limitação da mobilidade ou dor à mobilização. Colheu análises e hemocultura, PCR 71 mg/L, sem leucocitose ou neutrofilia, IgM Mycoplasma pneumoniae e vírus respiratórios negativos. Observado no dia seguinte por manter febre e dor. À observação com dor importante e impossibilitando carga, mas sem outros sinais inflamatórios ou portas de entrada aparentes. Analiticamente PCR 81,7 mg/L e VS 21 mm/h. Hemocultura de D3 de febre com crescimento de *Staphylococcus aureus*. Na TC constatou-se uma fratura do calcâneo esquerdo com fragmentação, com acentuado espessamento das partes moles envolventes, sem outras fraturas e sem sinais de osteomielite.

Decidido internamento sob antibioterapia endovenosa com Flucloxacilina, imobilização com tala gessada e realização de RMN. Durante internamento, confirmado isolamento de *Staphylococcus aureus* meticilina sensível, com resposta clínica e analítica à terapêutica.

Em D6 de internamento realizada RMN que confirmou osteomielite do 1º metatarso, sem sinais de complicação.

Comentários / Conclusões

Este caso destaca a importância da suspeição clínica para a osteomielite, tendo em conta a bacteriémia associada, independentemente da fratura encontrada justificar a dor associada. A instituição de antibioterapia endovenosa é fundamental e a RMN afirma ser o exame de eleição.

Palavras-chave: Staphylococcus aureus, Osteomielite, Infeção osteoarticular

PD-031 – (23SPP-12986) – COMPLICAÇÕES DA CELULITE ORBITÁRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Aldeia Da Silva[1]; Ana Machado Da Cunha[1]; Cristina Freitas[2]; Teresa Pontes[1]; Susana Carvalho[1]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 2 – Serviço de Oftalmologia do Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A celulite orbitária (CO) pode associar-se a complicações oftalmológicas, ósseas e neurológicas com morbilidade significativa, cujo prognóstico depende de suspeição e atuação precoces.

Adolescente de 11 anos, observada no Centro de Saúde por pico febril, cefaleia supraciliar direita e edema periorbitário, medicada com azitromicina colírio por blefarite. Negou trauma, picada ou intercorrência infeciosa. Após 5 dias apresentou aumento dos sinais inflamatórios periorbitários e iniciou dexametasona/gentamicina colírio e amoxicilina/ácido clavulânico por suspeita de celulite periorbitária. Após 5 dias de antibioterapia, verificou-se novo agravamento e foi observada no Serviço de Urgência. Negou dor ocular, febre ou cefaleia. Objetivado edema e rubor periorbitários à direita, movimentos oculares preservados e indolores e sinais meníngeos negativos. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia e proteína C reativa 27,5mg/L. Por suspeita de CO, realizou TC que evidenciou CO direita com abcesso subperiosteal adjacente ao teto da órbita e intracraniano, sem invasão do parênquima e sem trombose. Observada por Oftalmologia e Neurocirurgia: sem critérios para abordagem cirúrgica. Cumpriu 14 dias de ceftriaxone, metronidazol e vancomicina, 3 dias de dexametasona e, em ambulatório, 14 dias de amoxicilina/ácido clavulânico e clindamicina. RMN de reavaliação: resolução da CO e dos abcessos, mantendo alterações inflamatórias residuais. Clinicamente sem sequelas.

Comentários / Conclusões

Salientamos neste caso a importância da realização de exame de imagem para confirmação diagnóstica de CO perante a ausência de resposta ao tratamento e principalmente na detecção das complicações. Antibióticos de largo espectro devem ser instituídos quando há extensão intracraniana.

Palavras-chave: Celulite orbitária, Abcesso subperiosteal, Abcesso intracraniano

PD-032 – (23SPP-12856) – ARTRITE SÉTICA OLIGOARTICULAR POR STREPTOCOCCUS PYOGENES: TRAUMATISMO PRÉVIO OU PÓS-AMIGDALITE?

Marta Isabel Dias[1]; Rita Silva Pereira[1]; Carolina Quintela[1]; António Lemos Lopes[1]; Vanessa Gorito[1]

1 – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução / Descrição do Caso

Criança de 7 anos, sexo masculino, recorre ao serviço de urgência (SU) por queda da própria altura nesse dia, com traumatismo da anca esquerda. Avaliado por Ortopedia, sem alterações ao exame objetivo e radiográficas. Por pico febril, foi observado por Pediatria. Apresentava infeção das vias aéreas superiores e discreto rubor amigdalino, com sete dias de evolução, tendo alta com medidas gerais.

Recorre ao SU em D2 por dor na anca esquerda e antebraço direito, agravada à mobilização, sem alterações radiográficas. Teve novamente alta com medidas sintomáticas.

Regressou novamente em D3 por agravamento da dor, recusa da marcha e febre mantida. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Realizou ecografia articular compatível com artrite sética em ambas as articulações. Ficou internado com flucloxacilina e clindamicina endovenosas. Efetuou artrotomia e artrocentese com lavagem articular em D5 com necessidade de reintervenção cirúrgica a D13. Por isolamento de *Streptococcus pyogenes* na hemocultura e líquido sinovial de ambas as articulações, ajustada antibioterapia mediante teste de suscetibilidade para benzilpenicilina sódica em D15. Teve alta em D26, com melhoria clínica e analítica, a completar esquema de antibioterapia oral e a aguardar realização de ressonância magnética.

Comentários / Conclusões

A artrite sética é um diagnóstico frequentemente monoarticular. O atingimento oligo/poliarticular, observado no nosso doente, é incomum. Apesar da história de traumatismo prévio, não se pode excluir como ponto de partida a infeção da orofaringe com disseminação hematogénica e posterior focalização.

PD-033 – (23SPP-12878) – CELULITE DA FACE – COMPLICAÇÃO EXUBERANTE DE UMA PROVÁVEL INFEÇÃO COMUM

Manuel Lima Ferreira[1]; Rita Calejo[1]; Teresa Cachada Baptista[1]; Sónia Lira[1]; Carla Brandão[1]; Nuno P. Ferreira[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

A celulite é uma das infeções da pele e tecidos moles mais comum. Pode ocorrer em condições de disrupção da integridade da barreira cutânea, como lesões vesiculares ou impetiginadas, atingindo a derme profunda e a gordura subcutânea.

Adolescente de 15 anos, sexo masculino, sem antecedentes de relevo. Trazido ao SU por dor na região nasal e lesões vesiculares na asa nasal e lábio superior à direita com 3 dias de evolução, com progressão para lesões em crosta e edema da face. Medicado há 2 dias com amoxicilina/ácido clavulânico e ácido fusídico tópico, sem melhoria. Sem febre, alterações visuais ou dor com os movimentos oculares. Ao exame objetivo apresentava eritema e edema da região nasal e hemiface direita com atingimento palpebral e dificuldade na abertura ocular, lesões em crosta exsudativas, eritema conjuntival e lesões aftosas orais. Analiticamente, sem leucocitose, PCR negativa e hemocultura sem crescimento. A TAC relevou alterações compatíveis com celulite, sem atingimento pós-septal. Iniciou flucloxacilina e clindamicina EV e manteve ácido fusídico tópico. Em D2 de internamento, dado o aspeto vesicular de algumas lesões, foi efetuada pesquisa de Herpes tipo 1 e 2 (que posteriormente se relevou negativa) e optou-se pela associação de aciclovir EV. Foi avaliado por Oftalmologia, sem alterações. Apresentou evolução favorável e teve alta referenciado para consulta de Cirurgia Plástica após 10 dias. Atualmente com manutenção de áreas de discromia, sob fotoproteção e gel de silicone.

Comentários / Conclusões

Destaca-se a evolução desfavorável de uma provável infeção comum. O acompanhamento multidisciplinar e a antibioterapia endovenosa são fundamentais para o sucesso terapêutico. Os cuidados da pele pós-infeção são cruciais para a recuperação completa.

Palavras-chave: Lesões vesiculares, Impetiginização, Celulite da face, Sobreinfeção cutânea

PD-034 – (23SPP-12872) – PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA – UMA CAUSA POUCO COMUM

Manuel Lima Ferreira[1]; Bárbara Costa Correia[1]; Joana Baptista De Lima[2]; Débora Matias[1]; Simão Bessa[3]; Liliana Costa Correia[3]; Sofia Pimenta[1]; Joaquim Cunha[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, CHUdSA; 3 – Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

A paralisia facial periférica (PFP) é relativamente frequente em idade pediátrica e a maioria dos casos são idiopáticos. É uma possível e rara complicação de uma otite média aguda (OMA), geralmente com um prognóstico favorável.

Criança de 2 anos, sexo masculino, sem antecedentes de relevo. Trazido ao SU por otalgia à esquerda com 3 dias de evolução associada a febre (máximo 38,8ºC) e recusa alimentar parcial. Ao exame objetivo, orofaringe ruborizada com exsudado bilateral, otoscopia com membrana timpânica ruborizada bilateral, associada a otorreia, rubor e edema retroauricular à esquerda, com protusão do pavilhão auricular. Na permanência no SU desenvolveu desvio da comissura labial para a direita e ptose palpebral esquerda (*House Brackmann* grau III). Analiticamente com leucócitos 33000/uL (79% de N) e PCR 153,8 mg/L. A pesquisa de SGA foi positiva. A TAC relevou OMA bilateral, otite externa e espessamento das partes moles extracranianas da região mastoideia à esquerda, com provável extensão da infeção ao canal do nervo facial. Iniciou amoxicilina/ácido clavulânico EV e prednisolona PO. Foi submetido a miringotomia esquerda com colocação de tubo de timpanostomia e iniciou fisioterapia. Ficou apirético em D2 de internamento, com melhoria progressiva dos sinais inflamatórios retroauriculares. Teve alta referenciado para consulta de Pediatria, MFR e ORL após 7 dias com indicação para 14 dias de tratamento. Atualmente com PFP grau II.

Comentários / Conclusões

Destaca-se a raridade entre a associação de PFP e OMA. O tratamento multidisciplinar atempado com antibioterapia, miringotomia, corticoterapia e fisioterapia geralmente é suficiente na maioria dos casos. Em casos mais graves pode ser necessária a descompressão do nervo facial através de mastoidectomia.

Palavras-chave: Otite Média Aguda, Celulite Retroauricular, Paralisia Facial Periférica

PD-035 – (23SPP-13016) – FATORES PREDITORES DA PREVALÊNCIA E RECORRÊNCIA DE DOENÇAS INFECCIOSAS GASTROINTESTINAIS

Jeferson Manoel Teixeira[1]; Luis Henrique Brito Barreto Souza[2]; Estrela Cecília Moreira De Holanda Farias[3]; Dacirlene Morais De Oliveira Ferrari[3]; Valdete Santos De Araújo[4]

1 – Absoulute Christian University – ACU Orlando, Flórida, Estados Unidos; 2 – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 3 – Universidade Nilton Lins; 4 – Universidade do Estado do Amazonas

Introdução e Objectivos

No mundo, Doenças de Veiculação Hídrica (DVH) são aquelas causadas por água contaminada ou não tratada e são a segunda maior causa de morte na infância. No estado do Amazonas (AM)- Brasil (BR), a Doença Diarréica Aguda (DDA) acomete principalmente o público infantil. O consumo de alimentos e águas com pH acidificado, nitrito (NO2-), nitrato (NO3-) e amônia (NH3), pode resultar em adversidades à saúde. O objetivo do estudo foi fazer um levantamento epidemiológico das notificações de DDA no período de 2012 a 2023 e realizar análise da água do Rio Amazonas para associar com as possíveis notificações em crianças até a segunda infância.

Metodologia

Coleta e análise da água de diferentes pontos do Rio Amazonas durante os anos de 2021 a 2023. Os dados epidemiológicos foram registados na Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS- AM).

Resultados

Em relação às análises da água, os resultados de pH, NO2-, NO3-, NH3 e níveis de coliformes fecais, estão em desacordo com a OMS e a legislação brasileira.169.456 e 97.735 casos de DDA foram notificados em 2021 e 2022, respectivamente. De 2012 a 2022 foram notificados aproximadamente 935 mil casos de DDA no público infantil no AM, ultrapassando 8 mil óbitos. Ademais, Leptospirose, Hepatite A e acidentes por animais peçonhentos são recorrentes em crianças, durante a cheia dos rios.

Conclusões

Lixos e materiais fecais são destinados a rios, ocasionando a recorrência clínica de DDA em crianças. Os dados da análise da água, uma vez que o ambiente aquático está eutrofizado, os rios configuram-se como pontos de banho de lazer e existe a ingestão de pescado e água, todos contaminados, corroboram com a associação da possibilidade da água ser o agente etiológico dos casos de DDA e outras DVH no público infantil amazonense.

Palavras-chave: Diarreia Aguda, Qualidade da Água, Vigilância em Saúde

PD-036 – (23SPP-13074) – BACTERIEMIA POR MORAXELLA OSLOENSIS NA APRESENTAÇÃO DE TROMBOCITOPENIA IMUNE: UMA RARA ASSOCIAÇÃO EM PEDIATRIA

Diogo Ministro[1]; Patrícia Ribeiro Gonçalves[1]; Joana De Beir[2]; Joana Azevedo[3]; Crisbety Pinho[1]; Maria Miguel Almiro[1]; Maria Manuel Flores[1]

1 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 2 – Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Hematologia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A *Moraxella osloensis* é um cocobacilo gram-negativo aeróbio que pode ser isolado do trato respiratório humano, mas que raramente se associa a infeção em indivíduos imunocompetentes. Existem menos de 20 casos pediátricos de infeção por *M. osloensis* descritos na literatura, apenas oito destes associados a bacteriemia.
Lactente de 10 meses, previamente saudável, admitida no SU por quadro com cinco dias de evolução de febre, tosse e rinorreia. Medicada desde o dia anterior com amoxicilina por otite média aguda. Apresentava exantema petequial generalizado, sem outros sinais de discrasia hemorrágica. Realizou estudo laboratorial, salientando-se contagem de plaquetas de 26.000/mm^3, pCr 7,01mg/dL com restante hemograma e estudo de coagulação normais. Decidido internamento para vigilância, com manutenção da antibioterapia. Em D2 de internamento, após isolamento de *M. osloensis* na hemocultura da admissão, foi alterada antibioterapia para amoxicilina-ac.clavulânico constatando-se melhoria gradual do exantema. Apirexia desde D3 de internamento e normalização da contagem plaquetar em D14 de doença. Posteriormente, a lactente teve dois episódios de recidiva da trombocitopenia imune (PTI) em contexto de infeção viral.

Comentários / Conclusões

A PTI é causa frequente de trombocitopenia em idade pediátrica e, apesar da sua etiologia permanecer frequentemente desconhecida, está descrita associação com processos infeciosos/pós infeciosos. No presente caso, a apresentação da trombocitopenia coincidiu coma bacteriemia por *M. osloensis*, podendo especular-se esta associação como possível desencadeante da PTI. Embora o tratamento apropriado para infeção invasiva por *M. osloensis* não esteja estabelecido, está descrita suscetibilidade à penicilina e cefalosporinas, como neste caso.

Palavras-chave: Moraxella osloensis, trombocitopenia, bacteriemia, petéquias

PD-037 – (23SPP-12909) – REATIVAÇÃO DE HHV-6 EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE DRESS

Beatriz Alves Costa[1]; Carolina Santos Ferreira[1]; Raquel Oliveira Inácio[2]; Ana Brett[2,3,4]; Patrícia Mação[2,4]; Joana Ribeiro[5]; Leonor Ramos[4,6]; Sandra Santos Ferreira[7]; Nelson Neves[1]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Consulta de Imunodeficiências, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 4 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 5 – Neuropediatria, Centro de Desenvolvimento da Criança, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 6 – Serviço de Dermatologia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 7 – Unidade de Hepatologia e Transplantação Hepática Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome DRESS ("Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms") é uma reação adversa grave a fármacos, com incidência desconhecida em idade pediátrica e mortalidade estimada entre 2-10%.
Menina de 5 anos, com antecedentes de epilepsia, recorre ao Serviço de Urgência por febre há 24 horas e exantema maculopapular eritematoso generalizado, confluente no tronco e face, poupando mucosas. Um mês antes, por crises convulsivas diárias, tinha substituído a terapêutica com levetiracetam por valproato de sódio (VPA) e na semana seguinte introduzido oxcarbazepina. Analiticamente, plaquetas 137000 µl, prolongamento do TP com INR de 1,6, elevação de transaminases, proteína C reativa 17 mg/dl e procalcitonina 2,5 ng/ml. Estudo serológico e cargas virais negativas. Por suspeita de síndrome DRESS, suspendeu a oxcarbazepina, e depois o VPA. Iniciou prednisolona 1mg/kg/dia. Apresentou boa resposta clínica e laboratorial inicial, mas em D13 de doença, houve reagravamento do exantema. Repetiu estudo analítico que evidenciou leucocitose (32100 µl) e agravamento dos marcadores de citólise hepática (2x LSN). Foi identificado HHV-6 no sangue (1481 cópias/mL), tendo cumprido 7 dias de tratamento com valganciclovir endovenoso. Manteve valganciclovir oral profilático enquanto sob corticoterapia. Aos 3 meses de evolução, em desmame de corticoterapia, está clinicamente bem, sem alterações analíticas e carga viral HHV-6 negativa.

Comentários / Conclusões

A reativação do vírus HHV-6 pode complicar a síndrome de DRESS. A sua interferência com enzimas envolvidas na metabolização de fármacos contribui para a citotoxicidade e consequente agravamento clínico e analítico após uma melhoria inicial.

Palavras-chave: DRESS, HHV-6, Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms

PD-038 – (23SPP-12855) – PIERCING COMO POTENCIAL CAUSA DE INFEÇÃO GRAVE

Alexandra Vilas Fabião[1]; Francisca Gomes[1]; Ana Ribeiro[1]; Isabel Azevedo[1]; Manuela Alves[1]; Helena Silva[1]

1 – Hospital de Braga E.P.E

Introdução / Descrição do Caso

A pseudomonas aeruginosa é o principal agente causador de celulite/pericondrite do pavilhão auricular após colocação de piercings. Estas infeções, mesmo quando tratadas atempadamente, podem resultar em necrose da cartilagem e deformidade da orelha afetada.
Adolescente, 16 anos, sexo feminino, recorreu ao Serviço de Urgência por dor e edema da orelha esquerda, com 10 dias de evolução, após colocação, à pistola, de um piercing na região superior da hélice. Encontrava-se medicada com flucloxacilina desde há 2 dias, sem melhoria. Negava febre ou perda auditiva. Objetivado edema, eritema, endurecimento e flutuação do pavilhão auricular esquerdo, associado a dor e deformidade locais. Assim, perante a suspeita de celulite com falência da antibioterapia oral, foi internada com flucloxacilina e clindamicina endovenosas. Efetuada drenagem de conteúdo purulento, cujo exame cultural identificou uma pseudomonas aeruginosa, suscetível à piperacilina+tazobactan. A antibioterapia foi ajustada, perfazendo um total de 14 dias de tratamento. Posteriormente, foi constatada uma evolução clínica favorável, sem compromisso funcional associado, porém com deformidade da orelha esquerda.

Comentários / Conclusões

Este caso alerta para a importância de uma esterilização adequada dos materiais corto-perfurantes utilizados em procedimentos estéticos. Assim, devemos aconselhar os adolescentes a procurar estabelecimentos que utilizem uma agulha estéril, ao invés de uma pistola perfurante, para a colocação de piercings nestas localizações. Desta forma, contribuímos para minimizar o risco de sobreinfeção bacteriana e o compromisso estético/funcional a ela associado.

Palavras-chave: celulite, pericondrite, pavilhão auricular, piercing, pseudomonas aeruginosa, antibioterapia

PD-039 – (23SPP-12750) – OPSOCLONUS MIOCLONUS: UM CASO DE ETIOLOGIA PÓS INFECCIOSA

Teresa Miranda[1]; Sílvia Bacalhau[1]; Pedro Flores[1]; José Carlos Ferreira[1]; Hugo Faria[1]

1 – Hospital Cuf Descobertas

Introdução / Descrição do Caso

O Opsoclonus mioclonus é um síndrome neurológico raro descrito pelo início súbito de movimentos oculares caóticos e mioclonias, habitualmente na infância. Pela associação a processos parainfecciosos/paraneoplásicos, é obrigatório excluí-los.
Menina de 14 meses, saudável, trazida à urgência por ataxia e tremores com 24h de evolução. Febre na véspera e infeção respiratória superior desde há 2 semanas. EO: irritabilidade, tremor fino cefálico; marcha atáxica, mioclonias; opistótonos em ortostatismo e decúbito; opsoclonus, sem nistagmo; babinski positivo à direita. Analiticamente: leucocitose 22900/uL, PCR 5, HC negativa, tóxicos na urina negativos. Cultura e Biofire do LCR negativos. Biofire respiratório: adenovírus e rino/enterovírus. EEG: Atividade de base ligeiramente assimétrica, sinais de disfunção do hemisfério direito, sem atividade epiléptica. RMN-CE e corpo normal. AHV e AVM urina negativos. Admitido Opsoclonus mioclonus, fez IgG e dexametasona, com melhoria, tendo alta. Por agravamento do quadro 1 mês após o diagnóstico foi novamente internada e medicada com trazodona, rituximab e prednisolona, com melhoria. Repetiu investigação etiológica que foi negativa. Teve alta orientada para Hospital de dia, onde fez rituximab e IgG com melhoria significativa. Aguarda resultado MIBG. Tem programada repetição de investigação etiológica 6 meses após o diagnóstico.

Comentários / Conclusões

Pretendemos alertar para a necessidade de identificação precoce e tratamento adequado deste síndrome raro, dada a sua associação a neoplasias, que devem ser excluídas de forma periódica.

Palavras-chave: opsoclonus, mioclonus, ataxia, infeção, adenovírus

PD-040 – (23SPP-12692) – SÍNDROME OPSOCLÓNUS-MIOCLÓNUS – UMA CAUSA A NUNCA ESQUECER

Teresa Cachada Baptista[1]; Manuel Lima Ferreira[1]; Bárbara Costa Correira[1]; Susana Lira[1]; Teresa Temudo[2]; Leonilde Machado[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 2 – Serviço de Neurologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte

Introdução / Descrição do Caso

A Síndrome opsoclónus-mioclónus (SOM) é definida pela presença de opsoclónus, ataxia/mioclonias e alterações do humor/sono. Associada em até 50% a tumores da crista neural, como neuroblastoma (NB), sendo, também, critério clínico.

Criança de 10 meses, sexo masculino, saudável. Trazido ao Serviço de Urgência (SU) por febre com 2 dias de evolução, irritabilidade e regressão no neurodesenvolvimento caraterizada pela perda da aquisição de sentar sentar sem apoio associada a tremor cefálico e de pestanejo. Desde há 10 dias com recusa alimentar parcial, tendo sido observado em D1 e D5 no SU, apresentando exame objetivo (EO) e estudo analítico (EA) normais (N). Ao EO em D10, destacava-se irritabilidade, tremor cefálico, ataxia axial e movimentos oculares sacádicos e erráticos. O EA era N e enolase neuronal 184,6 ng/mL. Realizada TC-CE que foi N. Efetuada punção lombar, o estudo citoquímico foi N. Adicionalmente, realizado doseamento de catecolaminas urinárias e RM-CE, pescoço e toracoabdominopélvica que revelou volumosa massa tumoral nos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo. Transferido para hospital terciário para continuação do estudo com revisão imagiológica e biópsia cirúrgica concordantes com NB, ausência de amplificação do Myc-N e MIBG com captação intensa do tumor, sem metásteses. Conhecimento do valor aumentado de catecolaminas urinárias. Desde a admissão, iniciou corticoterapia sistémica e, posteriormente, quimioterapia com melhoria do quadro neurológico.

Comentários / Conclusões

Destacamos uma síndrome rara, a importância do seu reconhecimento clínico, para uma mais rápida orientação diagnóstica do NB, já que a SOM pode cessar/estabilizar se o tumor for tratado.

Palavras-chave: Síndrome opsoclónus-mioclónus, neuroblastoma

PD-041 – (23SPP-12672) – ESTADO DE MAL NÃO CONVULSIVO EM IDADE PEDIÁTRICA – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Nuno Sanches De Almeida[1]; Cláudia Ferreira Miguel[1]; Mariana Rodrigues Neto[1]; Joana Soares Reis[1]; Maria Teresa Laranjeiro Fernandes[1]; Otília Peixoto Cunha[1]; Maria Fátima Santos[1]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

Introdução / Descrição do Caso

INTRODUÇÃO

O estado de mal não convulsivo (EMNC) é de difícil diagnóstico, sobretudo quando inaugural, e manifesta-se por alterações cognitivas, comportamentais e/ou sinais motores minores.

CASOS

Menino, 9 anos, observado por alteração do comportamento (estado confusional) com 5h de evolução. Sem febre, cefaleia, trauma ou ingestão de fármacos. Sem história de epilepsia. À nossa observação, lentificação psicomotora ligeira, bom estado geral, discurso adequado e exame neurológico sem défices focais. Análises, TC-CE e exame do LCR sem alterações. Pesquisa de drogas de abuso negativa. Melhoria clínica sem tratamento dirigido após algumas horas. EEG com atividade epileptiforme generalizada compatível com epilepsia de ausências. Iniciou valproato de sódio, sem recorrência das crises e com normalização do EEG.

Menina, 13 anos, com epilepsia mioclónica, sob antiepiléticos, observada por prostração com 10h de evolução, discurso lentificado, olhar vago e exacerbação de crises, com movimentos ritmados/mioclonias das pálpebras. Sem febre, movimentos tónico-clónicos dos membros ou incontinência de esfíncteres. Sem ingestão de outros fármacos ou drogas. Ao exame, com flutuação do estado de consciência, lentificada, cumpria ordens simples, com mioclonias palpebrais constantes e olhar vago com desvio ocular por segundos. Análises e TC-CE sem alterações, pesquisa drogas de abuso negativa. Resolução do quadro após 10mg diazepam ev, ficando mais responsiva, sem mioclonias e recuperando o estado basal.

Comentários / Conclusões

Alertamos para a importância do reconhecimento e tratamento precoce do EMNC, pois a ausência de tratamento pode ter consequências graves. A realização de EEG urgente e o adequado tratamento são fundamentais para o diagnóstico e evolução favorável.

Palavras-chave: neuropediatria, epilepsia mioclónica, alteração comportamento, crise de ausência

PD-042 – (23SPP-12627) – NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 – MAIS DO QUE MANCHAS CUTÂNEAS

Mariana Gouveia Lopes[1]; Alexandra Luz[2]; Margarida Henriques[1]
1 – Centro Hospitalar de Leiria; 2 – Polidiagnóstico de Leiria

Introdução / Descrição do Caso
A neurofibromatose tipo 1 (NF1) é uma doença genética autossómica dominante que envolve predominantemente a pele e o sistema nervoso. Algumas manifestações podem notar-se ao nascimento, mas a maioria surge durante a infância motivando necessidade de seguimento regular. As lesões ósseas caraterísticas, apesar de menos frequentes, podem ser identificadas precocemente, contribuindo para o diagnóstico clínico e permitindo a sua correção atempada.

Descrição do Caso
Menina atualmente de 2 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, observada em consulta aos 5 meses de idade, por manchas café com leite que levantaram a suspeita de NF1. Ao exame objetivo, para além das múltiplas lesões cutâneas, apresentava ainda curvatura acentuada da perna esquerda que motivou a realização de radiografia, compatível com o diagnóstico de displasia da tíbia com pseudoartrose. Clinicamente cumpria critérios de NF 1, confirmada por estudo genético com a presença de uma variante patogénica em heterozigotia, no gene NF1.
Foi submetida a cirurgia ortopédica aos 15 meses, no Hospital Nens Barcelona, mantendo seguimento em consulta de Ortopedia no Hospital Pediátrico de Coimbra, com boa evolução até ao momento. Marcha autónoma sem necessidade de apoio desde os 17 meses. Ligeiro atraso da linguagem com restante desenvolvimento sem alterações. Restante avaliação sem alterações de relevo.

Comentários / Conclusões
O seguimento regular dos doentes com NF1 tem como objetivo a deteção e tratamento precoces de complicações, não devendo ser esquecidas as possíveis alterações ósseas associadas. Neste caso, a deteção e orientação precoces permitiu o diagnóstico clínico de NF1 e uma intervenção atempada, com preservação da função do membro inferior na criança.

Palavras-chave: Neurofibromatose tipo 1, pseudoartrose, intervenção atempada

PD-043 – (23SPP-12934) – UM CASO CLÍNICO DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Mariana Fidalgo Silva[1]; André Salvada[1]; Leonor Figueira[1]; Tânia Russo[1]; Andreia Mota[1]; Catarina Luís[1]
1 – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso
Rapaz de 2 anos recorre à urgência pediátrica (UP) por recusa da marcha com três semanas de evolução e história de infeção respiratória alta uma semana antes do início do quadro. Previamente à admissão, duas vindas à UP: a primeira com diagnóstico de sinovite transitória da anca, medicado com terapêutica anti-inflamatória, e a segunda, uma semana depois, com persistência das queixas e ajuste da terapêutica, sem melhoria. À observação a destacar hiperlordose em decúbito dorsal, mobilização ativa dos quatro membros contra gravidade, reflexos osteotendinosos ausentes nos membros inferiores e recusa do ortostatismo e da marcha. Do estudo efetuado: proteína C-reativa 2,6 mg/dL, velocidade de sedimentação 116 mm/h, Rinovírus/Enterovírus positivo nas secreções nasofaríngeas, radiografia da bacia e coluna lombar e ecografia articular das ancas sem alterações, ressonância magnética da coluna dorsolombar e sagrada com espessamento e hipersinal homogéneo das raízes da cauda equina. A punção lombar revelou dissociação albumino-citológica e a eletromiografia foi sugestiva de polirradiculoneuropatia desmielinizante adquirida aguda. Admitiu-se o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) ao 23º dia de doença, cumpriu 5 dias de imunoglobulina endovenosa e iniciou reabilitação motora com melhoria clínica progressiva.

Comentários / Conclusões
A SGB, rara abaixo dos 2 anos de idade, caracteriza-se habitualmente por paralisia flácida aguda. Em crianças em idade pré-escolar a sintomatologia é normalmente inespecífica e a recusa da marcha um dos principais sintomas, o que, a par da dificuldade na observação sistemática de crianças nesta faixa etária, contribui para o atraso diagnóstico. O elevado índice de suspeição é fundamental para o diagnóstico e intervenção atempados.

Palavras-chave: síndrome de Guillain-Barré, recusa da marcha, idade pré-escolar

PD-044 – (23SPP-12624) – ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRATÁRIO, ABORDAGEM DESAFIANTE

Mariana Eiras Dias[1]; Cláudia Matos[2]; Márcia Bonfadini[2]

1 – Hospital São Francisco Xavier, CHLO, Lisboa, Portugal; 2 – Hospital de Dona Estefânia, CHLC, Lisboa, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

Criança de 3 anos com antecedente recente de febre com 3 dias de duração, seguido de 2 dias de apirexia, avaliado no SU por crise tónico-clónica generalizada sem febre que reverteu após diazepam rectal. Apresentava *ad initio* movimentos discinéticos da língua e cervicais associados a pestanejo, com preservação do estado de consciência e sem sinais focais ou sinais meníngeos. Realizou TC-CE sem alterações e citoquímico de LCR com ligeira pleocitose. Nos dias seguintes, repetiu episódios sugestivos de crises epiléticas, nomeadamente inibitórias, com cianose e bradipneia, e clónicas, bem como outros comprovadamente não epiléticos como mioclonias focais, coreodistonia cinesigénica e coreia oromandibular. Realizou monitorização EEG e requereu a escalada e associação de 5 FACE, além de midazolam e 2 fármacos anestésicos. Assumiu-se o diagnóstico de EMER por possível encefalite auto-imune e iniciou IgEV, seguido de pulso de metilprednisolona e prednisolona oral, plasmaferese e Rituximab. O controlo das crises clínicas e gráficas tornou-se aparente a partir das 4 semanas tendo recuperado progressivamente o estado de consciência. À data de alta com hemidistonia esquerda e movimentos coreicos da face, não incapacitantes. O estudo etiológico infecioso e metabólico foi negativo, tal como anticorpos anti-superfície do neurónio, onconeuronais e anti-MOG . Aguarda o painel genético NGS de encefalopatias epiléticas.

Comentários / Conclusões

Este caso destaca-se pela necessidade de utilização de múltiplos FACE em associação com fármacos anestésicos, incluindo cetamina que tem acumulado evidência crescente no tratamento do EMER. Chamamos à atenção para a pertinência de considerar precocemente a instituição de terapêutica imunomoduladora em EMER sem causa identificada.

Palavras-chave: Estado de mal convulsivo, Convulsões, Encefalite auto-imune, Mal epiléptico refratário

PD-045 – (23SPP-12984) – MOGAD PÓS VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19: COINCIDÊNCIA OU CONSEQUÊNCIA?

Inês Carvalho[1]; Carolina Simão[1]; Joana Rosa[1]; Augusta Arruda[1]; Teresa Painho[2]

1 – Hospital do Divino Espirito Santo, Ponta Delgada; 2 – Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

A doença associada à presença de anticorpos anti-MOG (MOGAD) é uma doença que afeta o sistema nervoso central por surtos desmielinizantes imuno-mediados. Em idade pediátrica as apresentações mais frequentes são encefalomielite disseminada aguda, nevrite ótica ou mielite transversa aguda. São frequentemente desencadeadas após infecções ou imunizações.
Criança de 6 anos, observada por cefaleia e sonolência com 3 semanas de evolução. À observação, irritabilidade e dor no hipogastro. Contexto de imunização contra a COVID-19 1 mês antes. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados, líquido cefaloraquidiano (LCR) com 42 células/mm3, eletrogenese de base lenta para a idade e TAC-CE sem alterações. Cumpriu antibioterapia, com melhoria dos sintomas e teve alta. Após 2 semanas recrudescência da prostração e ataxia de novo. Ao exame neurológico hiperalgesia generalizada, marcha com base alargada e babinski positivo bilateralmente. Analiticamente sobreponível, TC-CE sem alterações de relevo e LCR com 78 células/mm3 de predomínio mononuclear. Realizou RMN-CE que revelou mielite longitudinalmente extensa e neuromielite ótica bilateral. Identificação posterior de anticorpos anti-MOG positivos. Após corticoterapia com melhoria dos sintomas neurológicos. Após 4 meses teve novo surto, tendo iniciado micofenolato de mofetil com boa resposta.

Comentários / Conclusões

A MOGAD é uma doença rara, que tem pico de incidência aos 20 anos, mas cerca de 50% dos casos têm início em idade pediátrica. Os sintomas são por vezes inespecíficos, condicionando complexidade, atraso no diagnóstico e início do tratamento.

Palavras-chave: MOGAD, COVID-19

PD-046 – (23SPP-12717) – SÍNDROMES NEURODEGENERATIVOS ASSOCIADOS A PLA2G6: 2 CASOS CLÍNICOS EXEMPLIFICATIVOS DO ESPETRO

Débora Valente Silva[1]; Inês Pais Cunha[1]; Pedro Miragaia[1]; Luísa Sampaio[1]; Jacinta Fonseca[1]; Cláudia Melo[1]; Mafalda Sampaio[1]; Raquel Sousa[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

Introdução:

Os síndromes neurodegenerativos associados a mutação do gene PLA2G6 em idade pediátrica incluem a distrofia neuroaxonal infantil e a distrofia neuroaxonal atípica.

Casos clínicos:

Criança de 4 anos, sexo masculino, apresenta aos 8 meses, após intercorrência infeciosa, regressão global do desenvolvimento psicomotor, evoluindo com nistagmo, hipotonia axial e tetraparésia espástica. RM-CE aos 24 meses com atrofia cerebelosa e restrição de difusão estriatal.

Criança de 6 anos, sexo feminino, desenvolvimento psicomotor adequado no primeiro ano de vida. Aos 4 anos, após intercorrência infeciosa, apresenta deterioração psicomotora com perda de marcha e regressão autista. Ao exame neurológico: paraparésia e arreflexia osteotendinosa dos membros inferiores. RM-CE aos 6 anos: atrofia cerebelosa, hipertrofia dos clava e hipossinal T2* dos globos pálidos e substância nigra. EMG sugestivo de neuropatia motora distal. Em ambos os doentes, foram identificadas 2 variantes em heterozigotia composta no gene PLA2G6, em mendelioma.

Comentários / Conclusões

Reportam-se 2 casos ilustrativos de distrofia neuroaxonal. O primeiro como distrofia neuroaxonal infantil, mais precoce e rapidamente progressiva; o segundo na forma atípica, mais heterogénea. Salienta-se a regressão psicomotora no contexto de intercorrências infeciosas e os achados da neuroimagem como marcos paradigmáticos deste espetro.

Palavras-chave: PLA2G6, Síndromes neurodegenerativos, distrofia neuroaxonal

PD-047 – (23SPP-13033) – DISTONIA E ENCEFALOPATIA EPILÉTICA DE INÍCIO PRECOCE: A PROPÓSITO DE UMA MUTAÇÃO DO GENE PIGA

Catarina Franquelim[1]; Andreia Romana[1]; Augusto Rachão[2]; Joana Sousa Martins[1]; João Carvalho[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta; 2 – Serviço de Neurologia, Hospital Garcia de Orta

Introdução / Descrição do Caso

A distonia associada a encefalopatia epilética de início precoce (EEIP) tem causas genéticas ou adquiridas. Mutações no gene PIGA (Phosphatidylinositol glycan biosynthesis class A protein) causam uma doença congénita da glicosilação e foram descritas em doentes com EEIP, dismorfias, malformações viscerais e mais raramente distonia. Lactente de 8 meses, com antecedentes de polihidramnios e macrossomia. Desde os 2 meses objetivados ausência de sorriso social e de fixação ocular, *roving eyes*, hipotonia e distonia axial com *opistotonus* e *laterocollis* marcado *e* movimentos pobres dos membros. Ressonância magnética crânio-encefálica e eletroencefalograma (EEG) sem alterações. Aos 4 meses iniciou episódios paroxísticos (desvio conjugado oculocefálico, clonias palpebrais e dos membros), interpretados como crises epiléticas focais, refratárias a doses crescentes de levetiracetam, com vários internamentos por estado de mal não-convulsivo. EEGs seriados após os 5 meses com eletrogénese de base difusamente lenta e atividade paroxística bilateral em focos independentes. Clinicamente com aceleração da velocidade de crescimento, sem dismorfias ou envolvimento multiorgânico. O estudo metabólico alargado (incluindo transferrina deficiente em hidratos de carbono) foi negativo. A sequenciação do exoma aos 7 meses revelou variante patogénica PIGA em hemizigotia (1352T>C). Verificou-se melhoria progressiva das convulsões sob terapêutica com levetiracetam, carbamazepina e dieta cetogénica.

Comentários / Conclusões

Descrevemos um caso de EEIP por mutação no gene PIGA que se demarca pela apresentação inicial com distonia e défice visual cerebral.

Salientamos a utilidade da sequenciação genética no diagnóstico e consequentemente na definição prognóstica e capacitação dos cuidadores.

Palavras-chave: Encefalopatia epilética de início precoce, Distonia, Gene PIGA, Sequênciação genética

PD-048 – (23SPP-12621) – UM CASO RARO DE CEFALEIA NEVRALGIFORME COM SINTOMAS AUTONÓMICOS

Catarina Ferreira Nunes[1]; Luísa Castello-Branco Ribeiro[1]; Leonor Figueira[1]; Clara Abadesso[1]; Andreia Filipa Mota[1]; Catarina Luís[1]

1 – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Introdução / Descrição do Caso

Jovem, 13 anos, sexo feminino, saudável, música e atleta de alta competição, recorre à urgência por episódios recorrentes de dor intensa frontoparietal esquerda tipo choque elétrico com duração de segundos, por vezes após contacto com água fria ou ao lavar os dentes, associados a ptose, edema e parestesias palpebrais, lacrimejo e congestão nasal com hipoacúsia homolateral. Nos últimos meses, apresentou sinusite com celulite pré-orbitária esquerda, seguida de otite média aguda esquerda. À observação: alodinia, diplopia à levoversão extrema do olhar e limitação da abertura da boca. Da investigação: sem alterações analíticas e na tomografia computorizada dos ouvidos e crânio-encefálica (CE) apresentava preenchimento de algumas células mastoideias, otite externa esquerda, sinusite frontal esquerda e maxilar bilateral. Na ressonância magnética CE, nervos cranianos sem alterações e lesão periapical procidente no recesso alveolar do antro maxilar esquerdo. Iniciou gabapentina e estratégias não-farmacológicas, com melhoria da dor, sobretudo após enucleação da lesão, tendo retomado o desporto e a música.

Comentários / Conclusões

As características neuropáticas da dor, a topografia e os sintomas associados, levam ao diagnóstico de cefaleia neuralgiforme unilateral de curta duração com sintomas autonómicos (SUNA). Distingue-se da nevralgia do trigémio, por poder afetar outras áreas que não exclusivamente o território do trigémio (embora menos frequente) e se associar a sintomas autonómicos e edema da face. Predominante no sexo feminino, ocorre em qualquer idade e, habitualmente, não existe uma causa orgânica, embora a presença da lesão descrita possa ter contribuído para a dor. Sendo uma cefaleia primária, é fundamental excluir causas secundárias.

Palavras-chave: Cefaleia, Neuralgia, Dor neuropática

PD-049 – (23SPP-12626) – TREMOR CONGÉNITO DO QUEIXO: DO VÍDEO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Inês Pais-Cunha[1]; Débora Valente Silva[1]; Pedro Miragaia[1]; Jacinta Fonseca[2]; Cláudia Melo[2,3]; Raquel Sousa[2,3]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade de Gestão Autónoma da Criança e da Mulher, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 2 – Unidade de Neuropediatria, Unidade de Gestão Autónoma da Criança e da Mulher, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 3 – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução / Descrição do Caso

O tremor do queixo hereditário, ou geniospasmo, é uma entidade rara que se caracteriza por contrações rítmicas do queixo e/ou lábio inferior, com duração de segundos a horas. Pode ser familiar ou esporádico, ocorrer espontaneamente ou ser precipitado pelo stress. Apesar de tipicamente diminuir com a idade, apresenta potencial impacto psicológico e interferência na fala, alimentação e sono.
Caso de adolescente de 14 anos, com antecedentes de perturbação da ansiedade seguido em pedopsiquiatria, sem outros antecedentes de relevo. Observado em consulta de neurologia pediátrica por apresentar, desde o período neonatal, episódios de tremor da região mentoniana e lábio inferior, com duração máxima de 5 minutos e periodicidade diária. Episódios precipitados por períodos de maior concentração, com embaraço social associado. Durante os episódios, mantém-se orientado, sem perda da consciência ou outros sintomas acompanhantes. Sem outros episódios paroxísticos. Ao exame neurológico não apresentava alterações, mas foi observado vídeo de episódio exemplificativo (anexo). Realizou eletroencefalograma sem alterações. A história pregressa e a semiologia dos episódios permitiram estabelecer o diagnóstico de tremor do queixo hereditário. Dado a interferência dos episódios na qualidade de vida do jovem, foi proposta a administração subcutânea de toxina botulínica nos músculos *mentalis* bilateralmente com resolução do tremor.

Comentários / Conclusões

O facto desta entidade ser pouco reconhecida, com episódios intermitentes e breves, poderá ter justificado o tempo até ao estabelecimento do diagnóstico, com as inerentes implicações psicológicas. O diagnóstico de tremor do queixo hereditário possibilitou oferecer um tratamento com eficácia e tranquilizar o doente e a família.

Palavras-chave: doenças do movimento, tremor, neurologia pediátrica

PD-050 – (23SPP-12931) – ESCLEROSE SISTÉMICA JUVENIL: UMA DOENÇA RARA NA INFÂNCIA

Daniela Santos Oliveira[1,2]; Mariana Pedro[3]; Marta Caldas[3]; Sara Ganhão[4,5]; Franscisca Aguiar[4,5]; Mariana Rodrigues[4,5]; Iva Brito[4,5]

1 – Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 2 – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; 3 – Serviço de Pediatria, Unidade de Caldas da Rainha do Centro Hospitalar do Oeste, Caldas da Rainha; 4 – Unidade de Reumatologia Pediátrica e Jovem Adulto, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 5 – Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

Introdução / Descrição do Caso

A esclerose sistémica juvenil (ESJ) é uma doença reumática imunomediada rara progressiva que se caracteriza por espessamento cutâneo com ou sem envolvimento orgânico. O tratamento permanece controverso. Relata-se o caso de uma criança do sexo masculino de 7 anos, com artralgias de ritmo inflamatório punhos, mãos, joelhos e tibiotársicas (TT) com acentuada rigidez articular e limitação da mobilidade. Sem queixas sistémicas. Ao exame físico: espessamento cutâneo difuso, esclerodactilia e mãos em garra (retração dos tendões flexores dos dedos-Figura 1) e diminuição da mobilidade passiva das TT (contratura). Sem alterações mucocutâneas ou artrite periférica. Os exames laboratoriais: parâmetros inflamatórios normais, ANA>1/1000 padrão mosqueado. e PM/Scl 75 positivo. Restante estudo imunológico (fator reumatoide, anti-DsDNA, anti-ENA, anti-Scl70, anti centrómero) e estudos metabólico e oftalmológico negativos. Rx do esqueleto e tórax, RMN braços e coxas, EcoTT e videocapilaroscopia foram normais. As ecografias articulares revelaram tenossinovite dos flexores e extensores das mãos e do tendão tibial anterior e posterior dos pés. A biópsia cutânea revelou espessamento basal da epiderme e colagenização da derme superficial em áreas interpapilares, sem depósitos imunes. O diagnóstico de ESJ foi estabelecido iniciando terapêutica com deflazacorte 6mg/dia e metotrexato (MTX) 15mg/semana, além de fisioterapia 2x/semana, com melhoria clínica significativa após 3 meses.

Comentários / Conclusões

Apesar de atualmente não existirem diretrizes específicas para o tratamento da ESJ, o MTX parece constituir um imunossupressor benéfico no atingimento cutâneo e articular.

Palavras-chave: Esclerose sistémica juvenil, Espessamento cutâneo, Metotrexato

PD-051 – (23SPP-12635) – PÚRPURA RECORRENTE COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE SÍNDROME DE SJÖGREN JUVENIL

Patrícia Campos[1,2]; Ricardo Craveiro Costa[2]; Sónia Regina Silva[3]; João Nascimento[4]; Paula Estanqueiro[4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 2 – Serviço de Pediatria Ambulatória, Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Pediatria, Clínica Médica Helpkids, Oliveira de Frades; 4 – Unidade de Reumatologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Ambulatória, Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A Síndrome de Sjögren é uma doença inflamatória imunomediada com atingimento preferencial das glândulas exócrinas, podendo cursar com manifestações sistémicas variadas. A forma juvenil (SSJ) representa menos de 5% de todos os casos, com maior incidência aos 10-15 anos de idade e no sexo feminino, tendo uma apresentação clínica diferente da doença no adulto.

Descrição do Caso

Rapaz de 13 anos com quadro recorrente de púrpura e/ou petéquias nos membros inferiores e escroto, associadas a edema ligeiro e dor com limitação da marcha. Num dos episódios apresentou ainda febre e poliartralgias. Antecedentes pessoais de parotidite e história familiar de artrite psoriática. No exame físico, além do exantema, presença de tumefação persistente bilateral das glândulas parótidas e submandibulares, com confirmação ecográfica de heterogeneidade glandular e múltiplas áreas micronodulares. Analiticamente a destacar: anemia com TAD positivo; linfopenia; elevação dos reagentes de fase aguda; sumária de urina normal; hipergamaglobulinémia G (44.5 g/L); anticorpos antinucleares positivos (>1:1280) com anti-SSA e anti-SSB positivos; fator reumatóide positivo; anti-dsDNA e anti-fosfolipídos negativos; C3 e C4 normais. Avaliação oftalmológica sem alterações. Proposto o diagnóstico de SSJ associado a púrpura hiperglobulinémica de Waldenström e iniciada terapêutica com hidroxicloroquina.

Comentários / Conclusões

No SSJ a síndrome *sicca* (xerostomia e xeroftalmia) é rara, sendo mais frequente a clínica de parotidite recorrente, fadiga e artralgias. Pode cursar com diversas manifestações cutâneas, sendo a vasculite purpúrica a mais comum. O diagnóstico e classificação são controversos e dificultados pela inexistência de critérios validados para idade pediátrica.

Palavras-chave: Síndrome de Sjogren, Reumatologia Pediátrica, Vasculite autoimune, Púrpura hiperglobulinémica de Waldenström, Púrpura recorrente

PD-052 – (23SPP-12963) – FEBRE E PANCITOPENIA NUMA DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Marta Caldas[1]; Mariana Pedro[1]; Daniela Oliveira[2,3]; Sara Ganhão[4,5]; Francisca Aguiar[4,5]; Mariana Rodrigues[4,5]; Iva Brito[4,5]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade de Caldas da Rainha, Centro Hospitalar do Oeste, Caldas da Rainha; 2 – Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 3 – Centro de Investigação em Tecnologia e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; 4 – Unidade de Reumatologia Pediátrica e do Jovem Adulto, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 5 – Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina do Porto, Porto

Introdução / Descrição do Caso

Apesar da azatioprina se associar a mielossupressão, a pancitopenia grave secundária a azatioprina em dose terapêutica é rara. A síndrome de ativação macrofágica (SAM) é uma complicação potencialmente fatal, que pode ocorrer em doenças reumáticas em idade pediátrica. Adolescente de 12 anos, sexo feminino, com diagnóstico recente de lúpus eritematoso sistémico juvenil, sob prednisolona 0,25mg/kg/dia (PDN), hidroxicloroquina 5mg/Kg/dia (HCQ) e azatioprina 1,8mg/Kg/dia (AZA), recorreu à urgência por febre, rinorreia e tosse. Objetivamente sem alterações e analiticamente com pancitopenia grave e rinovírus positivo nas secreções respiratórias. Internamento por suspeita de pancitopenia iatrogénica associada à AZA e infeção por rinovírus. Suspendeu AZA e HCQ, iniciou ceftriaxone empírico por neutropenia febril, suporte transfusional e Filgastrim, com fraca resposta. No 12º dia de internamento apresentou agravamento súbito, com mau estado geral, febre persistente, dispneia, hipoxemia e taquicardia. Analiticamente sem recuperação da pancitopenia, aumento da ferritina (de 877 para 1703ng/mL), LDH, triglicéridos e PCR, RX tórax com infiltrado intersticial e ecografia abdominal com hepatomegalia. Assumiu-se o diagnóstico de SAM e iniciou pulsos de metilprednisolona e imunoglobulina EV, com franca melhoria clínica e analítica. Teve alta medicada com PDN, ciclosporina e HCQ.
A biópsia óssea revelou hemofagocitose. Mantém acompanhamento em consulta, atualmente a fazer transição de ciclosporina para micofenolato mofetil.

Comentários / Conclusões

A presença de pancitopenia febril no lúpus pode dever-se a atividade da doença, iatrogenia farmacológica ou SAM, constituindo um desafio diagnóstico. O tratamento precoce é determinante no prognóstico do SAM.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Ativação Macrofágica, Medicação imunossupressora, Pediatria

PD-053 – (23SPP-12804) – EQUIMOSES RECORRENTES – NEM NUNCA, NEM SEMPRE DAS BRINCADEIRAS

Mariana Pedro[1]; Marta Caldas[1]; Daniela Oliveira[2,3]; Sara Ganhão[4,5]; Francisca Aguiar[4,5]; Ana Grangeia[6,7]; Mariana Rodrigues[4,5]; Iva Brito[4,5]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade de Caldas da Rainha do Centro Hospitalar do Oeste, Caldas da Rainha; 2 – Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 3 – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; 4 – Unidade de Reumatologia Pediátrica e Jovem Adulto, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 5 – Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; 6 – Serviço de Genética Médica, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 7 – Serviço de Genética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

Introdução / Descrição do Caso

As doenças do tecido conjuntivo são condições multissistémicas raras que compreendem um amplo número de doenças, que podem ser hereditárias ou imuno-mediadas.
Descrevemos o caso de uma criança de 8 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais relevantes, seguido em consulta de Imunohemoterapia por equimoses recorrentes exuberantes após traumatismos *minor,* cuja investigação foi normal. Por suspeita de hipermobilidade articular foi referenciado a consulta de reumatologia pediátrica, onde foi descrito um sopro holossistólico II/VI; pele de elasticidade aumentada, cicatrizes atróficas em papel de cigarro; equimoses extensas na face anterior das pernas bilateralmente (fig.1); hipermobilidade articular generalizada (*Beighton score* 7); sinal de polegar positivo e sinal do punho negativo. Foi avaliado em cardiologia pediátrica, com ecocardiograma normal. Por suspeita de doença do tecido conjuntivo e critérios clínicos de Síndrome de Ehler-Danlos (SED), foi realizado um estudo genético que identificou uma variante c.110-1G>A no gene COL5A1 em heterozigotia, classificada como provavelmente patogénica, confirmando o diagnóstico de SED clássico. Mantém seguimento multidisciplinar, com aconselhamento de estilo de vida, esclarecimento do prognóstico e encaminhamento dos progenitores para estudo genético.

Comentários / Conclusões

SED é um grupo de doenças genéticas raras do tecido conjuntivo, com 13 subtipos descritos, sendo o SED tipo hipermobilidade o mais frequente. A maioria dos doentes com o tipo clássico apresentam uma variante patogénica de novo, nos genes que codificam o colagénio tipo V (COL5A1 e COL5A2). Este caso clínico reforça a importância da suspeita clínica de doença do tecido conjuntivo na presença de manifestações cutâneas e articulares.

Palavras-chave: Tecido Conjuntivo, Equimoses, Hipermobilidade, Síndrome de Ehler-Danlos

PD-054 – (23SPP-12716) – CLAUDICAÇÃO DA MARCHA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Mariana Da Rocha Pinto[1]; Cláudia Miguel[1]; Mariana Oliveira[1]; Ivana Cardoso[1]; Lúcia Rodrigues[1]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução / Descrição do Caso

A claudicação da marcha é um motivo frequente de vinda ao SU. A sua etiologia pode ser traumática, infeciosa, inflamatória ou neurológica. Criança de 4 anos, género feminino, sem AP ou familiares de relevo. Trazida ao SU por claudicação da marcha com 15 dias de evolução, com agravamento progressivo. Os pais referiam dificuldades na vida diária como subir escadas, entrar na banheira e sentar-se no chão. Ao EO apresentava limitação da abdução das ancas e da flexão do tronco; marcha em pequenos passos com claudicação de forma inconsistente. Estudo analítico com elevação das transaminases (TGP 318 u/L; TGO 286 u/L) e da CK (2474 u/L) e parâmetros inflamatórios negativos; ecografia das ancas e joelhos e RX da bacia e coluna lombo-sagrada sem alterações. Decidido internamento para vigilância e investigação. Apresentou perfil serológico sugestivo de infeção primária por EBV e RM compatível com processo de miosite para-espinhal posterior e dorso-lombo-sagrada bilateral. Constatada clínica flutuante, sem períodos de melhoria notória. Em D11 de internamento surgiu um discreto eritema palpebral e da pirâmide nasal, assim como eritema periungueal nos dedos das mãos. Capilaroscopia com tortuosidade capilar e EMG com processo miopático do tipo inflamatório. Estudo imunológico com ANA e atc anti-NXP2 positivos. Pela suspeita de dermatomiosite juvenil, foi introduzida CCT. Atualmente sob tratamento com metotrexato e CCT em desmame, observando-se melhoria clínica evidente.

Comentários / Conclusões

A miosite pode apresentar-se inicialmente como claudicação da marcha e a distinção entre etiologia vírica, imunológica ou outra pode ser um desafio. Assim, é fulcral a observação cuidadosa da evolução clínica para a realização de um correto diagnóstico e respetiva orientação.

Palavras-chave: Dermatomiosite juvenil, Claudicação, Eritema periungueal, Miosite, anti-NXP2

PD-055 – (23SPP-12952) – LUPUS NEONATAL – AS MANIFESTAÇÕES PEDIÁTRICAS QUE SURGEM ANTES DO DIAGNÓSTICO MATERNO E O PAPEL DA AMAMENTAÇÃO

Íris Ascenção[1]; Alice Martins[1]; Mariana Rodrigues[1]; Ana Maia[1]; Maria João Cruz[2]; Susana Machado[3]; Irene Carvalho[1,4]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Santo António; 4 – Unidade de Pediatria Hospitalar, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Pediátrico, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

O Lúpus Neonatal (LN) resulta da transmissão placentária de anticorpos da mãe para o feto, com atingimento cutâneo e cardíaco predominantes. Descreve-se o caso de um lactente de 45 dias, sem antecedentes de relevo, filho de mãe previamente saudável, com lesões cutâneas anulares com bordo elevado e descamação central, dispersas no couro cabeludo, membros superiores e inferiores, em progressão desde as 3 semanas de vida. Sem outras queixas ou demais alterações ao exame objetivo. Foi realizada biópsia que revelou lesões de dermatite de interface, com depósitos intersticiais de mucina na derme e hipoderme, sem identificação de fungos. O estudo imunológico da mãe e do lactente revelou positividade para anticorpos antinucleares (ANA's) e anticorpos anti-SSa e anti-SSb. Perante os dados clínicos, histopatológicos e analíticos, foi efetuado o diagnóstico de LN. Excluídas alterações cardiovasculares, nomeadamente bloqueio auriculoventricular. Dada a exuberância das lesões, iniciado tratamento com corticoterapia, oral e tópica, e evicção solar, com pouca melhoria. Aos 4 meses, foi documentada a presença de anticorpos SSa e Ssb em título elevado no leite materno (LM). Após a suspensão do aleitamento, ocorreu rápida melhoria, com suspensão de tratamento oral aos 6 meses. Aos 12 meses, com resolução completa das lesões e desenvolvimento psicomotor adequado, com autoanticorpos negativos.

Comentários / Conclusões

Sendo uma percentagem significativa das mães assintomáticas, o diagnóstico de LN requer um alto índice de suspeita. O papel da amamentação no LN é controverso, estando descritos outros casos de melhoria com a suspensão do LM, na presença documentada de anticorpos no LM. Os autores sugerem que seja considerada em situações com evolução clínica atípica.

Palavras-chave: Lupus Neonatal, Amamentação, Autoanticorpos

PD-056 – (23SPP-12852) – DEFORMIDADES ÓSSEAS EM IDADE PEDIÁTRICA – NÃO ESQUECER A FAMÍLIA

Inês Pereira Soares[1]; Joana Branco[2]; Madalena Torrado Malato[1]; Delfin Tavares[3]; Ana Peres[1]; Helena Sousa[1]; Joana Adelaide Catanho[4]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 2 – Serviço de Pediatria Médica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 3 – Consultor de Ortopedia Pediátrica, Responsável do Serviço de Ortopedia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 4 – Serviço de Genética Médica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Introdução / Descrição do Caso
A Osteocondromatose Múltipla Hereditária (OMH) é caracterizada pelo aparecimento de exostoses ósseas simétricas nas metáfises dos ossos longos.

Caso: Sexo masculino, 8 anos, com PHDA e hipermetropia, com deformidade do braço direito (D) de agravamento progressivo desde há 1 ano. Sem febre, dor/calor locais ou traumatismo.
À observação: estatura no P10, obeso, encurtamento assimétrico dos membros superiores, antebraço D com deformidade em varo com limitação da pronação e tumefação dura indolor à palpação. Analiticamente sem alterações. Radiografias (membros superiores, inferiores e coluna) com múltiplas exostoses bilaterais simétricas dispersas nos ossos longos (úmero, rádio, cúbito, fémur, tíbia e fíbula, 1º e 5º metacarpo), desvio em varo do rádio e cúbito D, com encurtamento do cúbito (*cubitus minus*). Pai e tios paternos, nunca antes estudados, também com deformidades ósseas. Avaliados os 2 irmãos (♂11 anos; ♀3 anos) com identificação de várias exostoses na irmã.
O estudo genético revelou variante patogénica em heterozigotia no gene EXT1 concordante com OMH em ambos os irmãos.
Mantém seguimento em Pediatria, Genética e Ortopedia, aguardando intervenção cirúrgica.

Comentários / Conclusões
A OMH é uma doença rara (prevalência 1:50-100.000) que se manifesta habitualmente nos primeiros anos de vida. A hereditariedade é AD, no entanto, 10% dos casos são mutações de novo, sendo o género ♂ mais afetado. Apesar de benigna condiciona incapacidade funcional e encurtamento dos membros, risco de fratura, compressão neurovascular e risco de degeneração maligna em 2-5% casos.
É importante rastrear os familiares e o aconselhamento genético destes doentes.

Palavras-chave: deformidades ósseas, exostoses, osteocondromatose

PD-057 – (23SPP-13045) – DO ERITEMA MALAR EM ASA DE BORBOLETA ATÉ AO SÍNDROME DE ATIVAÇÃO MACROFÁGICA

Fábia Rodrigues[1]; Ana Rita Azevedo[1]; Sara Rodrigues[2]; Luís Salazar[1]; Sérgio Alves[3]; Carla Zilhão[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; 3 – 2. Unidade de Reumatologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

Introdução / Descrição do Caso
O Síndrome de Ativação Macrofágica (SAM) é uma forma de linfohistiocitose hemofagocítica secundária a doença reumática. Requer reconhecimento e tratamento precoce pelo risco de evolução para falência multiorgânica e morte.

Caso clínico:
Sexo feminino, 10 anos, previamente saudável, história familiar (pai e tia materna) de lúpus eritematoso sistémico (LES). Observada por quadro com 1 mês de evolução de febre, sintomas constitucionais, eritema malar e poliartralgias que motivaram múltiplos recursos a unidades de saúde. Ao exame objetivo mau estado geral, palidez, eritema malar em asa de borboleta, vasculite palmo-plantar, marcha lentificada, dor articular à mobilização, adenopatias cervicais bilaterais e hepatomegalia. Analiticamente com pancitopenia, linfopenia grave (180/uL), elevação da VS (62mm) e PCR negativa. Investigação etiológica compatível com LES juvenil (LESj) – ANA positivo (1/1280, AC-1), anti-dsDNA 63,0UI/mL e hipocomplementémia (C3 33,3mg/dL C4 5mg/dL). Por afeção grave do estado geral associada a elevação de ferritina (6890ng/mL), AST (1812U/L) e TG (424mg/dL), trombocitopenia (48000/µL) e hipofibrinogenemia (137mg/dL), foi estabelecido o diagnóstico de SAM. Iniciou pulsos de metilprednisolona, com melhoria clínica e analítica, tendo alta 11 dias depois, sob prednisolona oral 40mg/kg/d e hidroxicloroquina 4mg/kg/d. Iniciou azatioprina em ambulatório, com desmame gradual da corticoterapia, sem outras complicações até à data.

Comentários / Conclusões
Embora o LESj possa ter uma grande diversidade de apresentações, há manifestações clínicas muito sugestivas, como o eritema malar em asa de borboleta. Questionamos se o atraso no seu reconhecimento contribuiu para esta complicação potencialmente fatal na apresentação inaugural do LESj.

Palavras-chave: Síndrome de ativação macrofágica, Lupus eritematoso sistémico, Eritema malar

PD-058 – (23SPP-12734) – EDEMA FRONTAL E LESÕES CUTÂNEAS EM ADOLESCENTE

Eliana Morgado[1]; Mariana Silva[1]; Joana Monteiro[1]; Sónia Coelho[1]; Carmen Do Carmo[2]; Joaquina Antunes[1]
1 – CHTV; 2 – HPC-CHUC

Introdução / Descrição do Caso

A púrpura de Henoch-Schonlein (PHS) é a vasculite de IgA mais comum em idade pediátrica. Caracteriza-se por uma púrpura com envolvimento sistémico variável. Na maioria dos casos é uma doença benigna e autolimitada.
Adolescente de 15 anos, sexo masculino, obeso, com quadro com 2 semanas de evolução de exantema purpúrico agravado recentemente, com edema das extremidades e gonalgia. Previamente com dor abdominal e diarreia. Ao exame objetivo, PA <P95, exantema purpúrico palpável nos membros e edema dos pés. Avaliação analítica de sangue e urina sem alterações. Teve alta sob analgesia, com o diagnóstico provável de PHS. Na reavaliação, 4 dias depois, agravamento franco, PA >P99, com exantema purpúrico generalizado, hematúria macroscópica e agravamento dos edemas, com edema frontal e peri orbitário direito doloroso, sem calor ou rubor. Analiticamente, proteinuria nefrótica. Internado com acompanhamento multidisciplinar por Pediatria, Dermatologia e Nefrologia, tendo realizada biópsia cutânea, corticoterapia e terapêutica antihipertensora dupla. A biópsia cutânea revelou uma vasculite leucocitoclásica com depósitos de IgA, compatível com PHS. Evolução favorável, embora lenta, com seguimento aquando da alta em Hospital de dia e posteriormente em consulta de Medicina do Adolescente, Nutrição e Nefrologia, com resolução da proteinúria, mantendo ainda HTA, embora melhorada, sob amlodipina.

Comentários / Conclusões

A PHS é uma patologia que se manifesta habitualmente, por púrpura palpável, manifestações articulares, gastrointestinais e renais. Quando surge na adolescência associa-se a maior gravidade e duração da doença, como no caso descrito, em que o edema doloroso frontal e peri orbitário, raramente descrito na PHS, pode levantar dúvidas diagnósticas.

Palavras-chave: Púrpura de Henoch-Schonlein

PD-059 – (23SPP-12949) – NO LIMIAR DO DESCONHECIDO: PSEUDOTUMOR ORBITÁRIO IDIOPÁTICO

Daniela Pestana[1]; Diana Pereira[1]; Filipe Simões Silva[1]; Ana Antunes Martins[1]; Marta Cabral[1]
1 – Hospital Luz Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: O pseudotumor orbitário idiopático é uma lesão ocupante de espaço, de natureza não infecciosa ou neoplásica, que pode acometer qualquer estrutura da órbita, de etiologia desconhecida. **Descrição do caso:** 7 anos, sexo feminino, antecedentes de cefaleia de tensão (RM-CE normal), medicada com flunarizina. Internada por celulite órbitária direita, inicialmente medicada com amoxicilina-ácido clavulânico, com reagravamento de dor orbitária, edema palpebral e proptose, após 11 dias de melhoria clínica sob antibiótico. Cefaleia e vómitos associados, sempre sem febre, dor nos movimentos oculares, alteração da acuidade visual ou sintomas neurológicos. Analiticamente sem leucocitose, VS 66mm e PCR 4,5>11,2mg/dl. Repetiu TC-órbitas que revelou heterogeneidade e densificação do tecido adiposo retrobulbar bilateral, espessamento da musculatura ocular extrínseca e proptose do globo ocular, sobreponível à prévia. Iniciou ceftriaxone, clindamicina e prednisolona. Alta em D8, mantendo discreto edema palpebral superior. Em seguimento multidisciplinar decidido prolongar prednisolona em dose baixa por persistência de ligeiro edema palpebral. Angio-RMN realizada à posteriori demonstrou persistência de alterações inflamatórias peri e retro-orbitárias, sendo investigadas e excluídas etiologias infecciosas, autoimunes e oncológicas. Cumpriu 6 meses de corticoterapia por suspeita de etiologia inflamatória crónica idiopática, com resolução completa do quadro sem recidivas.

Comentários / Conclusões

Conclusão: A abordagem não é consensual, sendo a evolução clínica variável, com remissão clínica espontânea sem tratamento descrita na literatura e outros casos requerendo associação de imunossupressores à corticoterapia. Esta entidade rara é sempre um diagnóstico de exclusão.

Palavras-chave: pseudotumor orbitário, pseudotumor orbitário idiopático, doença inflamatória da órbita idiopática

PD-060 – (23SPP-12541) – SÍNDROME DE CAMPTODACTILIA DE TEL HASHOMER – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Cristina Rodrigues[1]; Rita Amorim[2]; Rafaela Nicolau[3,4]; Mariana Rodrigues[2,4,5]; Francisca Aguiar[4,5]; Sara Ganhão[5]; Iva Brito[4,5]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 3 – Unidade de Reumatologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 4 – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 5 – Unidade de Reumatologia Pediátrica e do Jovem Adulto, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome de camptodactilia de Tel Hashomer (SCTH) é uma entidade clínica rara, caracterizada por camptodactilia, hipoplasia muscular, displasia esquelética e dismorfismo facial.

Rapaz de 14 anos, seguido por má evolução estaturoponderal, atraso de desenvolvimento pubertário, micrognatia e vitiligo. Referenciado a Reumatologia Pediátrica por dismorfias ósseas múltiplas e coxalgia bilateral. Ao exame objetivo: camptodactilia, cifose dorsal e retilinização da coluna lombar, valgismo dos calcâneos e deformidades dos dedos dos pés. Amplitude articular cervical, ancas e joelhos diminuídas, não dolorosas, à exceção das coxo-femorais. Estudo analítico, incluindo metabolismo fosfo-cálcico e imunologia sem alterações. Em exames radiológicos, espinha bífida, hipocobertura das cabeças femorais por hipodesenvolvimento acetabular bilateral e simétrico, pés com osteopenia difusa, dismorfia do astrágalo esquerdo e redução da curvatura plantar. Osteopenia marcada na densitometria óssea coluna lombar (DEXA) (z-score -3.1). Aos 15 anos, após estudo genético, diagnosticada SCTH. Por osteoporose secundária iniciou suplementação com cálcio/vitamina D e aos 18 anos terapêutica anti-reabsortiva durante 5 anos com melhoria acentuada, DEXA (z-score -1.2). Atualmente (jovem adulto 27 anos), mantém deformidades osteoarticulares no contexto de displasia óssea, sem artrite periférica, micrognatia com limitação franca da abertura da boca, anquilose do punho direito, escoliose dorso lombar dextro-convexa e coxartrose bilateral secundária.

Comentários / Conclusões

A SCTH é rara, mas deve ser equacionada na presença de camptodactilia, dismorfias ósseas e atraso estatural e pubertário. A abordagem terapêutica é dirigida às complicações associadas, não existindo tratamento específico.

Palavras-chave: Camptodactilia, Síndrome de camptodactilia de Tel Hashomer

PD-061 – (23SPP-12660) – DEFORMIDADE DE MADELUNG – UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO QUE SURGE TIPICAMENTE NA ADOLESCÊNCIA

Cláudia Magalhães[1]; Sónia Carvalho[2]

1 – Hospital de Braga; 2 – Centro Hospitalar Médio Ave

Introdução / Descrição do Caso

A deformidade de Madelung é uma alteração que afeta o crescimento do rádio com desvio e encurtamento do mesmo. Geralmente manifesta-se quando se inicia o crescimento acelerado na altura da puberdade. Pode associar-se a síndromes genéticos como Sdr Turner ou mutação do gene SHOX, que aliados a uma baixa estatura, têm indicação para terapêutica com hormona de crescimento.

Adolescente de 12 anos do sexo feminino sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao Serviço de urgência por queixas álgicas referidas ao punho esquerdo e noção materna de curvatura local. Negava história de trauma ou de infeções recentes. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação local, sem défice da mobilidade. Realizou radiografia de punho e antebraço esquerdo, com confirmação da curvatura e sem outras alterações. Foi orientada para a consulta de reumatologia pediátrica, onde foi objetivada subluxação do punho contralateral, encurvamento dos antebraços e encurtamento dos membros inferiores, sem repercussão na estatura (P50). A radiografia representada na figura 1 confirmara a deformidade de Madelung com expressão simétrica, sendo a idade óssea sobreponível à idade cronológica. A ecografia abdominal, o ecocardiograma e eletrocardiograma foram normais. Foi observada em consulta de Genética e solicitado estudo genético de mutação do gene SHOX.

Comentários / Conclusões

Os membros inferiores curtos, sem outras dismorfias aparentes na idade pré-púbere, poderão evocar uma doença genética, nomeadamente mutação do gene SHOX. Esta mutação pode condicionar uma baixa estatura, sendo uma das patologias com indicação para terapêutica com hormona de crescimento, a realizar em janela temporal pré-púbere, podendo ser também necessária correção cirúrgica, o que exige elevado índice de suspeição.

Palavras-chave: Deformidade de Madelung; Hormona de Crescimento; Gene SHOX

PD-062 – (23SPP-12814) – KNUCKLE PADS: UM DIAGNÓSTICO RARO EM IDADE PEDIÁTRICA

Ana Feio[1]; João Faria Dias[1]; Susana Lopes[1]; Sónia Carvalho[1]
1 – Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução / Descrição do Caso

Introdução:
Knuckle pads, também conhecido como nódulos de Garrod, são lesões fibróticas nodulares, bem definidas e indolores, geralmente localizadas nos dedos das mãos. Na grande maioria dos casos, estas lesões encontram-se sobre as articulações interfalângicas (IF) proximais e, mais raramente, sobre as metacarpofalângicas (MCF) e são comumente relacionadas com história de trauma mecânico repetitivo.

Descrição do caso:

Adolescente de 14 anos, sexo masculino, encaminhado à consulta de reumatologia pediátrica por apresentar tumefações das articulações interfalângicas proximais da mão direita com 1 ano de evolução. O adolescente referiu que praticava judo e realizava musculação. Apurou-se, ainda, que o aparecimento das lesões coincidiu com a utilização mais frequente da playstation na altura do isolamento imposto pela COVID-19. Ao exame físico, objetivaram-se tumefações subcutâneas das articulações IF proximais dos 1º ao 4º dedos e das articulações MCF do 3º e 4º dedos da mão direita (mão dominante), sem limitação da mobilidade, nem sinais inflamatórios. A mão esquerda não apresentava lesões. Realizou radiografia das mãos, que excluiu comprometimento ósseo. Iniciou massagens localizadas com um emoliente e reduziu a utilização da playstation. Foi reavaliado anualmente, com melhoria progressiva das lesões.

Comentários / Conclusões

Discussão:
Clinicamente assintomáticas, estas lesões podem ser distinguidas de outras patologias mais importantes através de uma anamnese e exame objetivo detalhados. Neste adolescente, esta condição apresentava apenas impacto estético. O tratamento consiste na evicção do trauma repetitivo, podendo a utilização de emolientes ser útil no caso de lesões hiperqueratósicas.

Palavras-chave: dedos, fibrose, knuckle pads, pediatria

PD-063 – (23SPP-12798) – CASO CLINICO – S. BEHÇET, UMA ENTIDADE ATÍPICA NA ADOLESCÊNCIA

Ana Bandeira Santos[1]; Adriano Pereira[1]; Paula Fonseca[1]; Saritta Napoles[1]; Ângela Machado[1]; Clara Vieira[1]; Sónia Carvalho[1]

1 – Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução / Descrição do Caso

A úlcera genital apresenta um diagnóstico diferencial vasto. O Síndrome de Behçet (SB) é uma entidade inflamatória crónica e multissistémica, que surge na adolescência e idade adulta, tendo por apresentação clínica frequente as úlceras orais e/ou genitais recorrentes.

Adolescente de 12 anos, sexo feminino, recorre em D3 de doença ao serviço de urgência (SU) por febre e odinofagia, negando outras queixas, teve alta medicada com amoxicilina para amigdalite. Retorna ao SU em D4 por lesão genital (omitida em D3), dor perineal importante com limitação da marcha e persistência da febre. Ao exame objetivo, apresentava edema marcado do pequeno lábio esquerdo com úlcera sobreinfetada, profunda, dolorosa e de bordos irregulares com 2.5 cm de maior diâmetro. Efetuou hemograma e velocidade de sedimentação normais, proteína-C-reativa ligeiramente aumentada, estudo imunológico normal e rastreio de infeções sexualmente transmissíveis negativo. Realizou administração única de metilprednisolona e foi internada no serviço de Pediatria sob amoxicilina + ácido clavulânico ev e ibuprofeno, com melhoria clínica progressiva. Teve alta em D6 orientada para a consulta de Reumatologia com o diagnóstico provável de SB, onde posteriormente se obteve o resultado HLA B51 positivo. Desde então encontra-se medicada com colchicina sem recorrência ou surgimento de novas queixas.

Comentários / Conclusões

Os autores pretendem consciencializar para as manifestações clínicas do SB em idade pediátrica, bem como realçar a importância de uma anamnese detalhada, dirigida e sigilosa na avaliação dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência, Síndrome de Behçet, Úlcera genital

PD-064 – (23SPP-13032) – ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NA CRIANÇA: DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Sara Nogueira Machado[1]; Sofia Branco[2]; Francisca Dias De Freitas[1]; Adriana Magalhães[3]; Inês Azevedo[4,5]; Sónia Silva[4,5]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Póvoa do Varzim, Vila do Conde; 3 – Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário S. João, Porto; 4 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário S. João, Porto; 5 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina do Porto, Porto

Introdução / Descrição do Caso

A aspiração de corpo estranho (ACE) é uma importante causa de morbimortalidade em idade pediátrica e o seu diagnóstico representa, muitas vezes, um desafio.
Criança de 14 meses, sexo masculino, com antecedentes de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) direita complicada com empiema, drenado no hospital da área de residência. Dois meses depois diagnosticada nova PAC direita. Recorreu à urgência em D9 de amoxicilina por hemoptises abundantes, tosse e pieira desde a véspera. Apresentava palidez cutânea, tosse, polipneia, tiragem subcostal e diminuição dos sons respiratórios no hemitórax direito. A radiografia torácica evidenciou hipotransparência no terço inferior do hemitórax direito. A angiografia por tomografia computorizada demonstrou extensas consolidações com bronquiectasias no lobo inferior direito, derrame pleural de pequeno volume ipsilateral e conteúdo endoluminal mal definido a condicionar redução da permeabilidade do brônquio principal direito (BPD). Do estudo analítico, salienta-se anemia, leucocitose com neutrofilia e PCR elevada. Quando questionada a mãe referiu episódio de engasgamento na creche, um mês antes do primeiro episódio de PAC, não valorizada em consulta urgente, por estar assintomático e ter radiografia torácica normal. A broncoscopia revelou a presença de corpo estranho vegetal no BPD com tecido de granulação associado.

Comentários / Conclusões

Este caso realça a importância de valorizar a história clínica e de manter elevado índice de suspeição de ACE, mesmo na ausência de alterações radiográficas ou clínicas logo após o engasgamento. O atraso no seu reconhecimento condicionou sequelas irreversíveis.

Palavras-chave: Aspiração de Corpo Estranho, Diagnóstico

PD-065 – (23SPP-12689) – ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO – UM CONVIDADO INESPERADO

Inês Alexandra Azevedo[1]; Rui J. Miranda[1]; Joana Cardoso[1]; Benedita Bianchi De Aguiar[1]

1 – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução / Descrição do Caso

A aspiração de corpo estranho (ACE) é uma causa comum de morbimortalidade em crianças. Dependendo das características do aspirado, os sintomas variam, desde quadros fatais até indolentes e indetetáveis, na ausência de elevada suspeição clínica.

Criança de 14 meses, sexo masculino, antecedentes de alergia a proteínas do leite de vaca e sibilância recorrente, medicado com fluticasona, montelucaste e salbutamol em SOS. Dois episódios prévios de pneumonia da comunidade à esquerda: aos 12 meses, tendo cumprido 8 dias de amoxicilina; aos 13 meses, tendo cumprido 10 dias de amoxicilina.

Enviado ao Serviço de Urgência após avaliação particular, um mês após alta. Imagiologicamente com imagem de atelectasia esquerda e hiperventilação compensatória à direita. Ao exame objetivo: apirético, hemodinamicamente estável, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular assimétrico, diminuído à direita, sem ruídos adventícios. Perante quadro prolongado, sem resolução completa das queixas entre os episódios, colocada hipótese de ACE. Após inquérito à mãe, a hipótese foi corroborada, dado início dos sintomas após festa, na qual terá manipulado *confettis* de plástico e amendoins, sem supervisão. Realizada broncofibroscopia rígida sob sedação, com remoção de *confetti* do brônquio principal direito. Teve alta para o domicílio após recobro. Manteve seguimento em consulta, sem registo de assimetrias pulmonares em radiografia torácica de reavaliação 4 meses depois.

Comentários / Conclusões

A maioria das ACE afeta o pulmão direito (52% brônquio principal). Complicações como atelectasia, pneumonia pós-obstrutiva ou bronquiectasia podem desenvolver-se, principalmente se o diagnóstico e remoção do corpo estranho forem tardios.

Palavras-chave: Aspiração de corpo estranho, Atelectasia, Broncofibroscopia

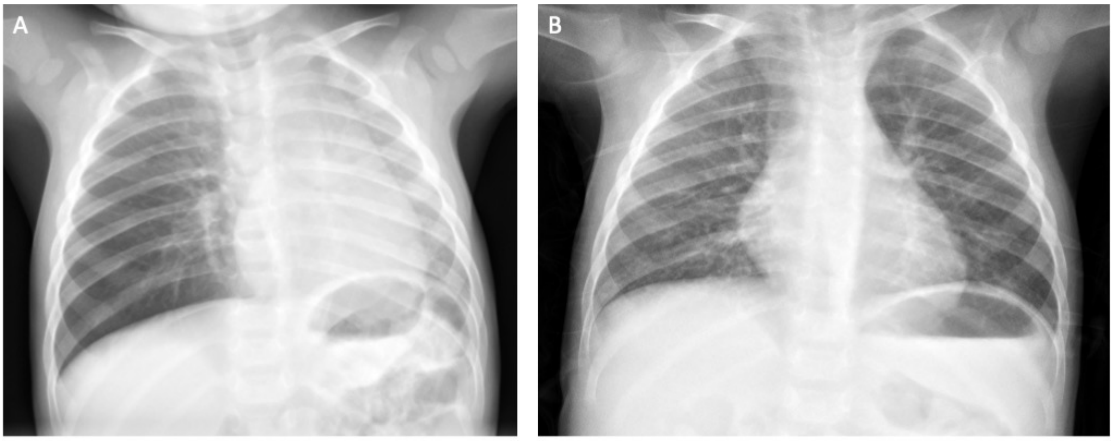


Fig. 1: A Radiografia torácica pré-extração de corpo estranho. Atelectasia esquerda e hiperventilação compensatória à direita. **B** Radiografia torácica meses pós-extração de corpo estranho.

PD-066 – (23SPP-12773) – ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO: CASO CLÍNICO

Ana Lemos[1]; Mafalda Gonçalo[1]; Sylvia Jacob[1,2]; Hélder Bastos[3]; Susana Corujeira[1,4]

1 – Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Unidade de Imunoalergologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Universitário de São João; 4 – Unidade de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

A obstrução da via aérea é uma emergência, que se pode apresentar com sintomatologia variável, por vezes intermitente, tornando-a um diagnóstico desafiante, apesar da sua potencial gravidade.
Lactente 9 meses, sexo masculino, observado no Serviço de Urgência por episódio de cianose facial após engasgamento com gomo de tangerina. Apresentava pieira e dificuldade respiratória ligeira, sem hipoxemia. Realizou radiografia torácica sem alterações e teve alta.
Nos dois dias seguintes manteve episódios paroxísticos de tosse e ruído inspiratório. Ao quarto dia teve acesso súbito de tosse, sialorreia e cianose facial com reversão espontânea após alguns segundos.
Foi contactado o INEM e durante o transporte para o hospital teve alteração do estado de consciência, cianose facial e desvio conjugado do olhar para a esquerda. Admitido na sala de emergência, com SpO2 92% em ar ambiente, tiragem subcostal e auscultação pulmonar com sibilos e prolongamento do tempo expiratório. Recuperou após oxigenoterapia.
Foi avaliado por Cardiologia Pediátrica que excluiu patologia cardíaca. Realizou radiografia torácica que apresentava imagem stop do brônquio direito. Realizada broncoscopia que permitiu identificar e remover um caroço de tangerina do brônquio principal direito.

Comentários / Conclusões

A mobilização do corpo estranho na via aérea condicionou episódios paroxísticos de tosse e cianose. É fundamental não esquecer esta patologia perante uma criança com esta sintomatologia, mesmo que intermitente.

Palavras-chave: Dificuldade respiratória, Engasgamento, Obstrução da via aérea

PD-067 – (23SPP-12611) – TUMEFAÇÃO CERVICAL: PARA ALÉM DAS ADENOPATIAS – CASO CLÍNICO

Rita Alvelos[1]; Tomás Ferrão[1]; Laura Correia[1]; Elsa Hipólito[1]

1 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Introdução / Descrição do Caso

As tumefações cervicais são frequentes em pediatria e apresentam-se como desafios diagnósticos, causando ansiedade parental e médica.
Adolescente do sexo masculino, 12 anos, previamente saudável, recorre ao SU por odinofagia, odontalgia inferior esquerda e tumefação cervical ipsilateral de aparecimento após a refeição. Melhoria álgica após anti-inflamatório e gelo local. Ao exame objetivo apresentava voz abafada, tumefação cervical submandibular esquerda com 3 cm, duro-elástica e dolorosa, sem outros sinais inflamatórios, orofaringe com ligeira hiperémia e assimetria do palato à esquerda. Colocada a hipótese de abcesso parafaríngeo, realizada pesquisa de Streptococcus do grupo A negativa e estudo analítico sem alterações. Ficou em vigilância em sala de observações sob antibioterapia endovenosa. Após alimentação, verificado agravamento álgico e da tumefação, tendo sido realizada massagem local com saída de saliva de características normais. A ecografia cervical demonstrou glândula submandibular esquerda globosa, heterogénea, sugestiva de patologia inflamatória, sem sinais de litíase. Teve alta com medidas sintomáticas e orientado para consulta de cirurgia maxilo-facial, onde posteriormente se identificou cálculo.

Comentários / Conclusões

A sialadenite aguda caracteriza-se por um aumento súbito e doloroso da glândula afetada e pode ser de causa obstrutiva, infecciosa ou inflamatória. Para o diagnóstico diferencial é essencial o conhecimento da anatomia, semiologia e exame objetivo cervicais. A ecografia pode complementar, identificando a estrutura afetada e eventual obstrução litiásica.
Este caso visa ilustrar a importância de reconhecer a patologia das glândulas salivares como causa de tumefação cervical em idade pediátrica.

Palavras-chave: Sialadenite aguda, Tumefação cervical

PD-068 – (23SPP-13039) – PNEUMOMEDIASTINO – DESAFIO DIAGNÓSTICO NUMA SÉRIE DE CASOS

Raquel Da Costa Neves[1]; Inês Pereira Soares[1]; João Simões[1]; Carolina Albuquerque[1]; Gustavo Queirós[1]; Helena Sousa[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução / Descrição do Caso

Ar ectópico em idade pediátrica é raro e subdiagnosticado, a suspeição pela história clínica e semiologia torna-se fundamental. Descrevem-se 3 casos com diferentes mecanismos fisiopatológicos.

Rapaz, 11 anos, antecedentes de asma mal controlada, observado por odinofagia, tosse e dispneia, com broncospasmo que respondeu à terapêutica e teve alta. Regressa, horas depois, com angioedema e hipoxemia. Rx tórax com infiltrado pulmonar e enfisema subcutâneo, na TAC confirmado pneumomediastino a comprimir retrofaringe e pneumorráquis. Transferido para a UCI por instabilidade da via área e colocado em ventilação não invasiva.

Rapaz, 14 anos, saudável, admitido por toracalgia tipo pleurítica e odinofagia. Observação, Rx e ECG normais e teve alta. Regressou, após 24 horas, com agravamento da dor e irradiação para a região cervical. Apurado traumatismo prévio com bola de futebol. Repetida Rx torácica que evidenciou lâmina de ar pericárdica e fuga de ar para tronco cervical. Internado para analgesia e oxigenoterapia.

Rapaz, 14 anos, saudável, recorreu por febre, tosse e toracalgia, admitida infeção respiratória e instituída azitromicina. Após 15 dias, regressou por cansaço e toracalgia persistente, com Rx tórax e ECG sem alterações e teve alta. Volta no dia seguinte por agravamento da dor, avaliado por Cardiologia e admitida provável pericardite. Pela persistência da dor realizada TAC torácica que evidenciou pneumomediastino. Internado para analgesia e oxigenoterapia.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de pneumomediastino é de exclusão, a avaliação inicial e os exames nem sempre são conclusivos. A identificação de fatores precipitantes, persistência de dor e evolução atípica são sinais de alarme que devem alertar para a hipótese.

Palavras-chave: ar ectópico, pneumomediastino, toracalgia

PD-069 – (23SPP-13078) – UMA RARIDADE DE "COLAR DE PÉROLAS" – DERMATOSE BOLHOSA INFANTIL

Raquel Da Costa Neves[1]; Inês Carvalho[1]; Daniela Silva[1]; Inês Silva[1]; Ermelindo Tavares[2]; Florbela Cunha[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 2 – Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução / Descrição do Caso

A dermatose bolhosa IgA linear infantil é uma doença rara (incidência 0,2-1/1.000.000) de provável etiologia autoimune, idiopática ou precipitada por infeções ou fármacos. Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculares e bolhosas na pele e mucosas que evoluem para erosões e crostas. A dificuldade diagnóstica pode atrasar o início de terapêutica imunomoduladora.

Rapaz, 5 anos, saudável, admitido por lesões bolhosas pruriginosas com 15 dias de evolução, predominantemente na face (periorificial), raiz dos cabelos, dorso e genitais. Esteve febril em D1. Agravamento apesar da terapêutica com flucloxacilina. Sem história de infecções ou terapêuticas recentes. Apresentava lesões arredondadas eritematosas com bolhas e vesiculas na periferia, em distribuição tipo "colar de pérolas", sem envolvimento mucoso. Analiticamente sem alterações, estudo de autoimunidade negativo. Durante internamento sem resposta a antibioterapia (flucloxacilina e clindamicina) e aciclovir. A PCR do painel de vírus Herpes do líquido vesicular (VZV,HSV1,2,6,7) foi positivo para HSV-7 e o exame bacteriológico foi negativo. Avaliação por Oftalmologia normal. A biópsia revelou vesicula subepidérmica com neutrófilos e na imunofluorescência verificaram-se depósitos de IgA lineares na junção dermo-epidérmica, que confirmou o diagnóstico. Iniciou dapsona com boa resposta e sem efeitos adversos à medicação aos 2 meses de terapêutica.

Comentários / Conclusões

A dermatose bolhosa IgA linear infantil deve ser considerada se evolução atípica e refratária ao tratamento antimicrobiano. Neste doente o papel do HSV-7 como desencadeante da doença é incerto atendendo a que este pode surgir na pele normal. A ausência de terapêutica dirigida leva a múltiplas recidivas com complicações associadas.

Palavras-chave: dermatose, IgA linear, dermatologia

PD-070 – (23SPP-13004) – GIANOTTI-CROSTI, UM EXANTEMA A NÃO ESQUECER – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Patrícia Ribeiro Gonçalves[1]; Diogo Ministro[1]; Tatiana Gonçalves[1]; Inês Sobreira[1]; Crisbety Pinho[1]; Margarida Martins[1]; Ana Ratola[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome de Gianotti-Crosti (SGC), acrodermatite papular infantil, caracteriza-se pela instalação súbita de exantema papular ou papulovesicular, pruriginoso ou não, com distribuição simétrica predominantemente nas superfícies extensoras dos membros, nádegas e face. O seu diagnóstico é clínico e tem uma incidência desconhecida por ser sub-diagnosticada.

Lactente de 11 meses, do sexo masculino, com pele atópica. Trazido ao Serviço de Urgência (SU) em D2 de doença por exantema generalizado, noção de odinofagia e recusa alimentar parcial, sem febre. Ao exame objetivo (EO), destacava-se exantema escarlatiniforme mais exuberante ao nível do tronco com atingimento das pregas inguinais e axilares e orofaringe com hiperemia amigdalina. Teve alta com o diagnóstico clínico de escarlatina, medicado com amoxicilina. Em D4 de doença, regressa ao SU por alteração das características do exantema e prurido. Apresentava pápulas eritematosas com atingimento simétrico da face, membros inferiores e superiores predominantemente joelhos e cotovelos, sem demais alterações ao EO. Por suspeita de SGC, teve alta medicado com anti-histamínico oral e manutenção do tratamento antibiótico. Foi reavaliado em D7 e D11 de doença com regressão progressiva das lesões passando a uma fase de crosta e descamação até resolução total.

Comentários / Conclusões

Apesar de a SGC não ser uma entidade rara, a relação com infeções bacterianas é pouco frequente. É uma condição benigna, autolimitada, não contagiosa e com ótimo prognóstico. Embora de resolução lenta, 10 dias a 6 meses. Com este caso, destaca-se a importância da sua suspeição clínica, mesmo no contexto de infeções bacterianas com atingimento cutâneo, como é o caso da escarlatina, dispensando investigação exaustiva adicional.

Palavras-chave: Síndrome Gianotti-Crosti, Acrodermatite papular infantil, Escarlatina

PD-071 – (23SPP-12806) – INTOXICAÇÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL NÍVEL III

Mario Ribeiro[1]; Filipe Ginja[1]; João Lima[1]; Joana Vilaça[1]

1 – Hospital de Braga

Introdução e Objectivos

As intoxicações acidentais (IA), intoxicações medicamentosas voluntárias (IMV) e intoxicações alcoólicas agudas (IAA) são eventos que requerem avaliação urgente pois podem apresentar morbimortalidade associada.

O objetivo deste estudo foi avaliar as características epidemiológicas de doentes pediátricos com IA, IMV e IAA observados no serviço de urgência.

Metodologia

Estudo retrospetivo e transversal de doentes com IA, IMV e IAA observados no serviço de urgência pediátrico num hospital terciário entre janeiro de 2020 e dezembro de 2022.

Resultados

Foram obtidos 254 casos, correspondentes a crianças (33%, n=84) e adolescentes (67%, n=170). Nas crianças (média de idades de 2.6 anos), as IA ocorreram maioritariamente no domicílio (96%) e os agentes implicados foram fármacos (59%), produtos domésticos (28%), venenos (3.5%) e monóxido de carbono (3.5%). Em 3.5% dos casos de IA foi necessário internamento. Adolescentes com IMV (35%, n=89) eram sobretudo do sexo feminino (79.8%), viviam em meio urbano (66%) e parte considerável tinha patologia psiquiátrica conhecida (55%). Adolescentes com IMV prévia tinham maior probabilidade de realizar uma nova ingestão recorrendo a associação de distintos medicamentos em vez de uma única classe de fármacos [$p(\chi 2)=0.003$]. Nas IAA (28%, n=71), a maioria (66%) era do sexo masculino, 9.8% tinha uma IAA prévia e 8.5% apresentava consumo concomitante de canabinóides.

Conclusões

Os fármacos são os agentes mais frequentes das intoxicações.

A maioria das IA são evitáveis, sendo principal motivo a falta de supervisão e descuido no armazenamento de tóxicos. Adolescentes do sexo feminino são o grupo de maior risco para IMV, sobretudo quando têm patologia psiquiátrica associada, enquanto que as IAA são mais prevalentes no sexo masculino.

Palavras-chave: intoxicações, intoxicação medicamentosa voluntária, intoxicação alcoólica

PD-072 – (23SPP-12907) – INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA POR FERRO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Lima[1]; Daniela Couto[1]; Ana Rita Fradique[2]; Isabel Azevedo[1]; Cristiana Carvalho[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; 2 – Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

Adolescente, 14 anos, sexo feminino, antecedentes pessoais de depressão, perturbação do comportamento alimentar e comportamentos autolesivos.

Trazida à Urgência Pediátrica duas horas após a ingestão voluntária de 29 comprimidos de sulfato ferroso, o equivalente a 53 mg/kg de ferro elementar.

À admissão, consciente, hemodinamicamente estável, com vómitos persistentes, náuseas e dor abdominal. Feita lavagem gástrica, com saída de fragmentos compatíveis com comprimidos. A radiografia abdominal confirmou a presença de 20 comprimidos radiopacos a nível gástrico.

Foi decidido realizar endoscopia digestiva alta, que permitiu a extração inequívoca de mais 11 comprimidos e revelou uma mucosa gástrica friável, com erosões múltiplas.

Inicia fluidoterapia, perfusão de desferroxamina e pantoprazol.

Fica internada para vigilância e orientação posterior para avaliação pedopsiquiátrica.

Comentários / Conclusões

A taxa de mortalidade associada à ingestão voluntária de ferro é bastante superior comparativamente à ingestão acidental (10% vs. <1%). A ingestão de ≥60 mg/kg de ferro elementar associa-se a toxicidade grave, sendo a principal causa de morte o choque hipovolémico, seguido de insuficiência hepática.

As intoxicações medicamentosas requerem um nível elevado de suspeição clínica, de forma a que seja possível instituir rapidamente o tratamento. Os autores pretendem ainda alertar para a importância da monitorização terapêutica por parte dos cuidadores.

Palavras-chave: Intoxicação medicamentosa, Ferro, Adolescência

PD-073 – (23SPP-12917) – QUANDO A COMPRESSÃO SE TORNA SINTOMÁTICA – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Diana Carvalho[1]; Sónia Correia[1]; Joana Azevedo Silva[1]; Aida Sá[1]
1 – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução / Descrição do Caso
As massas anexiais são frequentes em idade pediátrica, habitualmente assintomáticas, sendo o tumor epitelial mais comum o cistoadenoma seroso. Para o diagnóstico são essenciais a história clínica e exame objetivo completos, hemograma, doseamento de marcadores tumorais (AFP, ß-HCG e Ca125) e caracterização imagiológica [ecografia (1ª linha) ou ressonância magnética (2ª linha)].
Adolescente, 15 anos, observada no SU por dor intensa, de início súbito, no flanco e fossa ilíaca esquerdos. Sem sintomas acompanhantes. Exame sumário de urina sem alterações e ecografia abdominal sugestiva de formação polipoide na parede vesical. Foi encaminhada para Urologia, realizou urotomografia computorizada que identificou formação quística de 12 cm com origem anexial e efeito extrínseco sob a bexiga. Ao exame ginecológico foi objetivada massa, móvel e sob tensão, dolorosa à palpação profunda, que causava apagamento do fundo de saco vaginal esquerdo e analiticamente não foram encontradas anormalidades, nomeadamente no doseamento dos marcadores tumorais (AFP, ß-HCG, Ca125). Realizou cistectomia com preservação da mesossalpinge e ovário ipsilaterais. O estudo histológico revelou cistadenoma seroso papilar.

Comentários / Conclusões
O cistoadenoma é um tumor benigno que pode provocar sintomas por compressão vesical e/ou intestinal (dor abdominal, urgência miccional, polaquiúria e obstipação), quando atinge grandes dimensões. A ecografia abdominal, apesar de ser de 1ª linha, apresenta limitações e é dependente de operador, podendo atrasar o diagnóstico. O tratamento depende de vários fatores, estando a cistectomia muitas vezes recomendada, se possível com conservação da fertilidade. O prognóstico é excelente.

Palavras-chave: dor abdominal, massa anexial, ecografia, cistoadenoma

PD-074 – (23SPP-12618) – EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO NA INFÂNCIA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Daniel Zorato[1]; João Sousa Marques[2]; Sofia Fernandes[1]
1 – Hospital Privado de Alfena; 2 – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução / Descrição do Caso
O edema hemorrágico agudo da infância (EHAI) é uma vasculite leucocitoclástica, de curso autolimitado (uma a três semanas), sem necessidade de tratamento específico e com recuperação total. Apesar da sua benignidade, por ser rara, há por vezes dificuldade no seu diagnóstico, pelo que se apresenta o seguinte caso:
Criança de 2 anos, sexo masculino, observada no Serviço de Urgência por febre e rinorreia com 1 dia de evolução, associado a edemas das mãos e lesão periauricular esquerda. Apresentava bom estado geral e destacava-se edema purpúrico das mãos, desde a base das falanges proximais até ao punho, com zonas equimóticas no dorso e palmas, sem dor ou limitação da mobilidade, e lesão equimótica periauricular esquerda. Realizado estudo analítico que mostrou hemoglobina 13,4 g/dL, leucócitos 8,9 10^9/L (neutrófilos 44,7% e linfócitos 9,1%), plaquetas 204000, tempo de protrombina 14.5 segundos, INR 1.2, proteína C reactiva 3,68 mg/dL, perfil renal, hepático e restante bioquímica sem alterações. Teve alta com indicação de medidas gerais e sintomáticas; reavaliação após 48 horas, com redução evidente das áreas equimóticas, além da resolução da febre e do edema das mãos, sem outras complicações.

Comentários / Conclusões
O quadro de EHAI é semelhante ao observado na Púrpura de Henoch-Schönlein, mas com diferente distribuição das lesões, que no EHAI é predominantemente nas mãos, face e zonas auriculares, sem envolvimento intestinal e raramente com deposição de IgA na pele. Caracteriza-se por tríade de febre, edema e equimose em alvo ou anular, frequentemente associada à infeção das vias aéreas superiores. Trata-se de um diagnóstico de exclusão, pelo que se deve descartar outras causas que cursem com trombocitopenia, hipoalbuminemia, coagulopatias e nefropatias.

Palavras-chave: Edema, Vasculite, Púrpura, Petéquia, Hemorrágico

PD-075 – (23SPP-12939) – TOSSE E ALARGAMENTO DO MEDIASTINO: UM ALERTA PARA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL

Catarina Morais Antas[1]; Isabel Graça[2]; Susana Santos[3]; Tânia Moreira[1]

1 – Unidade Funcinal de Pediatria, Departamento da Criança, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida; 2 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE; 3 – Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

As causas de alargamento do mediastino dividem-se em vasculares e não vasculares. Em idade pediátrica metade das massas mediastínicas são linfomas, a maioria no mediastino anterior. O linfoma de Hodgkin corresponde a metade destes linfomas e o derrame pericárdico pode ocorrer em 5-24% dos casos, a maioria paucissintomáticos; raramente evolui para tamponamento cardíaco.

Adolescente, 17 anos, previamente saudável, com 2 semanas de tosse seca e odinofagia no próprio dia. À admissão, febril, SpO2 100%, palidez cutânea, eupneica, sopro sistólico II/VI. Realiza pesquisa de Streptococcus grupo A na orofaringe, negativo. O estudo radiológico torácico revela alargamento do mediastino anterior; analiticamente, anemia normocítica normocrómica, leucocitose ligeira com neutrofilia, proteína C reactiva 8.56 mg/dL, troponina I negativa, NT-proBNP 123 pg/mL (cut-off 300). Orientada para consulta de Cardiologia Pediátrica dois dias depois, o ecocardiograma transtorácico revela volumoso derrame pericárdico (30-35 mm), com colapso diastólico da aurícula direita e massa do mediastino anterior; pericardiocentese com drenagem de 700mL. A marcha diagnóstica estabelece o diagnóstico de linfoma de Hodgkin clássico, esclerose nodular.

Comentários / Conclusões

Pretendemos alertar para a valorização de sintomas inespecíficos e que perante alargamento do mediastino é essencial suspeitar de massa mediastínica e realizar exame de imagem urgente dirigido. A articulação entre as diferentes especialidades deve concorrer para a antecipação de complicações potencialmente fatais e a abordagem diagnóstica célere que permita o tratamento atempado.

Palavras-chave: tosse, mediastino, derrame pericárdico, linfoma de Hodgkin

PD-076 – (23SPP-12744) – PÚRPURA E FEBRE DE APARECIMENTO SÚBITO: ETIOLOGIA RARA E BENIGNA

Madalena Von Hafe[1]; Débora Valente[1]; Georgeta Oliveira[2]

1 – Centro Hospitalar Universitário São João; 2 – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução / Descrição do Caso

Criança do sexo masculino com 23 meses de idade, recorre ao Serviço de Urgência por púrpura, febre e edema das mãos e pés. Sem outros sintomas associados, nomeadamente dor abdominal, diarreia ou vómitos. Sem recusa alimentar ou congestão nasal. A mãe nega vacinação ou introdução de fármacos de novo, mas há referência a nasofaringite na semana anterior. Ao exame objetivo estava com febre (T 38.2ºC) e hemodinamicamente estável. Na superfície cutânea apresentava lesões purpúricas, bem definidas e arredondadas que afetavam sobretudo a face, pavilhão auricular, extremidades e em menos número o tronco. Era evidente o edema dos pés e mãos com teste godet positivo. Analiticamente, com hemograma completo, marcadores inflamatórios, níveis plasmáticos de creatinina e ureia, provas de coagulação e análise de urina normais. Pelo ótimo estado geral, estudo analítico normal e apresentação clínica, foi assumido edema hemorrágico da infância e o doente teve alta com reavaliação a curto prazo. Houve resolução completa do quadro clínico em 2 semanas.

Comentários / Conclusões

A apresentação clínica de febre e púrpura é sempre preocupante, pelo risco de se tratar de uma patologia potencialmente fatal. Vários são os diagnósticos diferenciais que devem ser tidos em conta, alguns dele potencialmente fatais. Este caso relata a apresentação típica de edema hemorrágico agudo na infância, com imagens muito peculiares e detalhadas da pele que também mostram edema de extremidades. Este relato de caso teve como objetivo explorar esta preocupante erupção cutânea de curso benigno. Os autores acreditam que as imagens apresentadas são únicas e podem aumentar o conhecimento sobre a variedade de apresentações cutâneas desta doença pouco reconhecida.

Palavras-chave: Púrpura, Edema Hemorrágico da infância

PD-077 – (23SPP-12591) – ECZEMA ATÓPICO OU HERPÉTICO? – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Ana Sofia Nunes[1,2]; Inês Correia Magalhães[1]; Margarida Moreno Fernandes[1,3]; Nuno Preto Gomes[4]; Mariana Branco[1]; Francisca Martins[1]

1 – Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 3 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE); 4 – Serviço de Dermatologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM)

Introdução / Descrição do Caso

O eczema atópico (EA) é uma doença crónica com um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e das suas famílias.
Adolescente de 15 anos, com antecedentes de EA e rinite alérgica, recorreu ao SU por lesões pruriginosas com 2 semanas de evolução localizadas à face e membros, em agravamento progressivo, e com interferência nas atividades de vida diárias.
Ao exame objetivo apresentava xerose, eritema, liquenificação e queilite na face. Nos membros superiores e inferiores observava-se xerose, escoriações de base eritematosa e lesões em crosta com perda da integridade cutânea.
Realizou estudo analítico que revelou discreta leucocitose com neutrofilia e PCR 0,51mg/dL. A pesquisa de herpes 1 e 2 ficou em curso. Foi medicada com emoliente, prednisolona 40mg/dia, cetirizina 10mg/dia e aciclovir 800mg/dose durante 5 dias. Teve alta orientada para reavaliação em 4 dias, e referenciação urgente para consulta de Dermatologia.
Após 4 dias, apresentava melhoria significativa do eczema, sendo o diagnóstico mais provável o EA agudizado. Suspendeu aciclovir em D5 (herpes não detetado), manteve prednisolona e cetirizina até D7 e iniciou tacrolimus após resolução das lesões.
Na consulta de Dermatologia, apresentava um *Eczema Area and Severity Index* (EASI) de 17,1 (moderado), pelo que iniciou prednisolona 30mg/dia e ciclosporina 150mg/dia. Após reavaliação apresentava um EASI de 2,20 (ligeiro).

Comentários / Conclusões

Os autores pretendem alertar para o impacto emocional significativo inerente ao EA, sobretudo numa faixa etária associada a transformações físicas constantes e aceitação pelos pares. Deve existir um elevado grau de suspeição de eczema herpético, devido ao risco acrescido em doentes com EA, e a distinção ser difícil se houver um mau controlo da doença.

Palavras-chave: eczema atópico, eczema herpético

PD-078 – (23SPP-12836) – DE CÁRIE A INFEÇÃO ÓSSEA: A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL NA SAÚDE INFANTIL

Alexandra Vilas Fabião[1]; Sara Silva Rodrigues[1]; João Rebelo Lima[1]; José Miguel Araújo[2]; Guilherme França[1]; Joana Vilaça[1]

1 – Hospital de Braga E.P.E; 2 – Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E

Introdução / Descrição do Caso

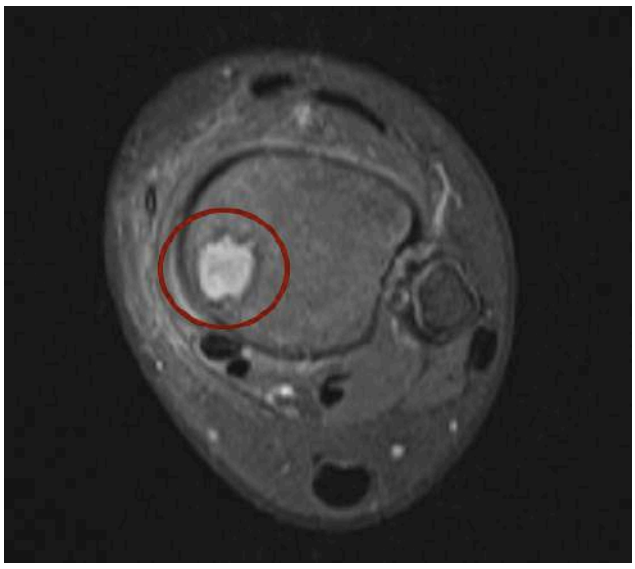
A promoção da saúde oral é fundamental para prevenir a proliferação de microrganismos patogénicos associados à cárie dentária e à doença periodontal, patologias frequentemente subvalorizadas em idade pediátrica.

Criança de 7 anos, sexo feminino, recorreu ao Serviço de Urgência por dor e edema do tornozelo esquerdo com 3 semanas de evolução, de agravamento progressivo. Sem febre, sintomas constitucionais, infeção ou traumatismo recente. Realizou Ressonância Magnética do tornozelo, a qual revelou osteomielite com abcesso de brodie, pelo que iniciou tratamento com cefazolina 130mg/kg/dia endovenosa. No internamento, foi submetida a desbridamento cirúrgico, com colheita de culturais (negativos) e realizou biópsia óssea, a qual revelou lesões inflamatórias secundárias a osteomielite. Após esclarecimento da história clínica e da execução de um exame objetivo detalhado, foi constatada uma cárie dentária, previamente conhecida, mas desprovida de qualquer tratamento. Com a antibioterapia instituída, verificou-se resolução total da sintomatologia e a doente teve alta, mantendo seguimento multidisciplinar. Um mês após o diagnóstico, encontrava-se assintomática e com evolução radiológica favorável.

Comentários / Conclusões

Numa fase inicial, a origem da osteomielite relatada no presente caso não foi claramente evidente. Só após realização de história clínica e exame objetivo detalhados foi possível determinar a etiologia secundária a cárie dentária, previamente conhecida, mas não tratada. Assim, este caso alerta para a importância de uma higiene oral adequada, que não deve ser negligenciada, pois constitui uma medida preventiva de focos de disseminação bacteriana potencialmente graves.

Palavras-chave: osteomielite, abcesso de brodie, cárie dentária, higiene oral



PD-079 – (23SPP-12649) – ADENOMEGALIAS: REATIVAS, NEOPLÁSICAS OU ALGO MAIS?

Tatiana Moreira[1]; Diana Simões[1]; Catarina Belo[1]; Diana Bordalo[1,2]; Ana Maria Maia[1,2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução e Objectivos

As adenomegalias são comuns em idade pediátrica. Embora a maioria dos casos seja benigna e reativa, as etiologias são vastas.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo de doentes pediátricos referenciados para a consulta de Pediatria de um hospital terciário por suspeita de adenomegalia num período de 15 anos (2008-2022).

Resultados

Amostra de 356 doentes: 61% do sexo masculino, idade mediana de 5,5 anos e necessidade de internamento em 8% dos casos. A maioria dos doentes foi referenciada pelos Cuidados de Saúde Primários (47%). As adenomegalias eram localizadas em 91% das crianças, a maioria na região da cabeça e pescoço (86%), seguida pelas regiões axilar (6%), inguinal (4%) e abdominal (1%). Mediana de diâmetro máximo da adenomegalia de 2cm e tempo mediano de evolução de 3 meses. Foi realizada avaliação analítica em 77%, ecografia em 90% e exame citológico por agulha fina em 13% dos casos. Constatou-se que 96% eram reativos, e destes 75% sem etiologia identificada. Das adenomegalias reativas com etiologia identificada, a maioria adveio de mononucleose infeciosa e síndromes mononucleósicas, BCGite, parotidite e bartonelose. Foi identificada etiologia neoplásica em 5 doentes (adenoma pleomórfico da parótida, histiocitose de células de Langerhans, linfoma de Hodgkin e paraganglioma). As etiologias raras foram Síndrome de hiper-IgD, doença de Rosai-Dorfman, doença de Castleman e doença de Kimura. Em 28% dos doentes foi realizada antibioterapia e 8% necessitaram de exérese cirúrgica.

Conclusões

As adenomegalias em idade pediátrica continuam a constituir um desafio diagnóstico. Representam frequentemente um processo reativo às doenças benignas e autolimitadas da infância, contudo podem ser sinal de doença grave.

Palavras-chave: adenomegalias, ecografia, citologia, diagnóstico

PD-080 – (23SPP-12886) – INFEÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE – UM DESAFIO PERANTE MANIFESTAÇÕES EXTRAPULMONARES

Sofia Seabra Vieira[1]; Helena Duarte[1]; Catarina Belo[1]; Catarina Morais[1]; Irene Carvalho[1]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

Adolescente de 17 anos, sexo masculino, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência por febre com 6 dias de evolução, cefaleias e poliartralgias simétricas migratórias, sem artrite. Desde o 4º dia de doença com exantema maculopapular de predomínio nos membros e face, que desaparecia à digitopressão. Referia conviventes com sintomas respiratórios. Sem viagens recentes, nem comportamentos sexuais de risco.

Analiticamente, com linfopenia de 480/uL e trombocitopenia de 82000/uL, aumento das transamínases, ferritina 1141ng/mL e proteína C reativa 56.5mg/L. Realizou ecografia abdominal que evidenciou hepatoesplenomegalia ligeira. No internamento apresentou ocasionalmente tosse seca.

Na investigação etiológica, apresentou anticorpos IgG e IgM positivos para Mycoplasma pneumoniae (MP), pelo que foi medicado com azitromicina 500mg 1x/dia durante 5 dias, com resolução dos sintomas e melhoria analítica progressiva. As serologias foram repetidas no intervalo de 4 semanas, mantendo-se positivas.

Comentários / Conclusões

O MP causa frequentemente infeção do trato respiratório, no entanto pode ter apresentações diversas e afetar vários sistemas. Neste caso, a presença de manifestações extrapulmonares como o exantema maculopapular, elevação das transamínases e a presença de poliartralgias simétricas e migratórias devem-nos levar a incluir este agente no estudo etiológico.

Existe evidência insuficiente do benefício do tratamento antibiótico em doentes com manifestações extrapulmonares, contudo em doentes hospitalizados este encontra-se recomendado se existir confirmação microbiológica.

Palavras-chave: Mycoplasma pneumoniae, Febre, Artralgias, Exantema

PD-081 – (23SPP-12973) – ALEITAMENTO MATERNO – REALIDADE COMUNITÁRIA DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DE UM HOSPITAL NÍVEL II

Raquel Almeida Branco[1]; Anaísa Afonso[1]; Ana Isabel Foles[1]; Inês Ferreira[1]; Diana Silva[1]; Estela Veiga[1]

1 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E

Introdução e Objectivos

Manter amamentação pelo menos até aos 6 meses de vida é um objetivo desafiante face às condições de vida atuais. Foram analisados fatores relativos à díade mãe-filho que influenciam a continuidade do aleitamento materno (LM).

Metodologia

Estudo observacional prospetivo que incluiu recém-nascidos de novembro de 2021 a maio de 2022 na maternidade de um hospital nível II. Foram aplicados 4 questionários (maternidade, 1º, 3º e 6º mês de vida). Para a inclusão era necessário a resposta a todos os questionários ou até suspensão do LM.

Resultados

Dos 135 participantes, 59 cumpriram critérios de inclusão. Destes, 91.52% (n=54) estavam confiantes a muito confiantes na amamentação. 96,61% (n=57) tinham intenção de amamentar até 6 ou mais meses, das quais 52,63% (n=30) cumpriu. Iniciaram leite adaptado (LA) 49,15% (n=29), das quais 11 (37,93%) por iniciativa médica, 8 (27,59%) de enfermagem e 8 (27,59%) iniciativa própria. A mediana de introdução de LA foi o 1º mês de vida. Os principais motivos para introdução de LA foram: mães considerarem que "tinham leite insuficiente" (n=15, 51.72%), má evolução ponderal (n=5, 17.24%) e patologia mamária (n=3, 10.34%). Dos que iniciaram LA, apenas 8 (27,59%) mantinham aleitamento materno aos 6 meses de vida. Dos casos que mantiveram LM até aos 6 meses, verificou-se que a percentagem de mães desempregadas, primigestas ou menor escolaridade era maior do que as com atividade profissional ativa, multíparas ou maior escolaridade (respetivamente), no entanto não foi estatisticamente significativo.

Conclusões

Embora a intenção das mães seja manter o LM, verificou-se dificuldade na prática. Necessitam de apoio técnico principalmente no primeiro mês pós-parto e medidas para tentar evitar introdução de LA por insegurança ou iniciativa materna.

Palavras-chave: Aleitamento materno, Leite adaptado

PD-082 – (23SPP-12960) – SÍNDROME DE POLAND: "DEFEITO OU FEITIO"?

Maria Inês Sousa[1]; Helena Duarte[1]; Mafalda Gonçalo[1]; Diana Bordalo[1,2]; Mariana Borges-Dias[3]; Ana Maia[1,2]

1 – Serviço de Pediatria da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 3 – Serviço de Cirurgia Pediátrica da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome de Poland(SP) é uma anomalia congénita rara caracterizada pela ausência parcial/completa dos músculos peitorais e de outras estruturas da parede torácica ou extremidades superiores. Relatam-se 2 casos clínicos observados na consulta de Pediatria.
Caso 1: Masculino, 16 anos, assintomático, com antecedentes de correção de sindactilia. Observado no serviço de urgência por sintomas respiratórios, onde foi constatada assimetria torácica, tendo sido orientado para estudo. A ecografia de partes moles evidenciou agenesia parcial do músculo grande peitoral e agenesia total do músculo pequeno peitoral à direita, sem alterações da grade costal. Por afeção da autoimagem, foi avaliado por cirurgia plástica e submetido a enxerto de gordura para correção do defeito.
Caso 2: Masculino, 15 anos. Referenciado do centro de saúde por assimetria torácica e noção de diminuição da força muscular do membro superior esquerdo. Por suspeita de SP realizou TC torácica, que confirmou o diagnóstico(agenesia do músculo grande peitoral esquerdo). Referenciado a cirurgia pediátrica, recusando correção cirúrgica.

Comentários / Conclusões

Se alterações funcionais ou da autoimagem, pode optar-se por tratamento cirúrgico das assimetrias torácicas associadas à SP.
As técnicas mais preconizadas são a utilização de retalho do músculo latissimus dorsi e/ou implantação de próteses de silicone, aplicadas isoladamente ou de forma complementar com enxerto de gordura. Se existirem deformidades ósseas o tratamento pode ser mais desafiante, podendo passar pela reconstrução óssea torácica. A decisão da abordagem depende do grau da deformidade, idade, sexo e preferência do doente. O resultado estético é na maioria favorável e assume um papel importante na melhoria da autoestima dos doentes.

Palavras-chave: Síndrome de Poland, assimetria torácica, sindactilia

PD-083 – (23SPP-12735) – MASTOCITOSE CUTÂNEA – ALÉM DAS MANCHAS

Luciana Cristina Abelha Miranda[1]; Inês Eiras[1]; Inês Correia Magalhães[1]; Sandra Catarina Ferraz[1]; Vera Teixeira[1]; Carla Dias[1]

1 – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Hospital de Santa Luzia

Introdução / Descrição do Caso

A mastocitose é um distúrbio caracterizado pela proliferação clonal e acumulação de mastócitos morfologicamente e imunofenotipicamente anormais em vários órgãos, mais comumente na pele.
A maioria dos pacientes com mastocitose são crianças, sendo que 75% dos casos ocorrem durante a infância ou primeira infância e geralmente se resolvem na puberdade. Tem uma prevalência estimada de 1/10.000 pessoas, com uma predominância ligeiramente maior no sexo masculino, sendo mais comum no sexo feminino após a puberdade.
Sexo feminino, 3 anos, raça caucasiana, natural de Viana do Castelo, seguida em consulta de Pediatria desde os 2 meses de idade, por apresentar lesões em placa eritemato-acastanhadas, com 2-5 mm, dispersas por todo o corpo, poupando a face. Prurido esporádico.
De salientar o agravamento das lesões com o calor e o sinal de Darier positivo.
Exames realizados: Níveis de Triptase <20 ng/mL, hemograma normal e função hepática normal.
A paciente foi observada em consulta de Dermatologia, com confirmação do diagnóstico de mastocitose cutânea maculopapular (urticária pigmentosa).

Comentários / Conclusões

A mastocitose cutânea, apesar de rara na infância, geralmente tem uma evolução favorável, com a regressão das lesões na adolescência. Raramente ocorre progressão para mastocitose sistêmica e envolvimento de outros órgãos.

Palavras-chave: Mastocitose cutânea, Mastocitose cutânea maculopapular

PD-084 – (23SPP-12552) – ASSIMETRIA TORÁCICA NO LACTENTE – UMA CAUSA RARA

Beatriz Vieira[1]; Sofia Branco[1]; Inês Mazeda[1]; Inês Vivas[1]; Joana Lourenço[2]; Andreia Martins[1]

1 – Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde; 2 – Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

A Síndrome de *Poland* (SP) é uma anomalia congénita rara. Caracteriza-se por agenesia total/parcial do músculo grande peitoral, tipicamente à direita. Pode associar-se a hipoplasia/agenesia do músculo pequeno peitoral, mama, cartilagens costais e braquissindactilia homolateral. Poderão coexistir outras malformações.

Recém-nascido, género masculino, fruto de uma gestação de termo, sem intercorrências. Parto eutócico, índice de Apgar 9/10/10 e somatometria adequada à idade gestacional. Período neonatal sem alterações. Às 6 semanas de vida observado em consulta de Pediatria por icterícia associada ao leite materno. Nessa altura objetivada uma ligeira depressão ao nível do sulco deltopeitoral direito, um mamilo supranumerário à esquerda e um sopro sistólico grau II/VI ao nível do bordo esquerdo do esterno. Sem sinais de dificuldade respiratória. Membros superiores aparentemente simétricos. Sem outras malformações aparentes. A ecografia torácica identificou apenas a porção clavicular do músculo grande peitoral à direita associada a agenesia do pequeno peitoral, confirmando a suspeita clínica de SP. O ecocardiograma revelou uma comunicação inter-auricular, com shunt esquerdo-direito laminar. Avaliação analítica, radiografia torácica e de membros superiores, ecografia abdominal e renovesical sem alterações. Foi orientado para consulta de Medicina Física e Reabilitação, Cardiologia e Oftalmologia Pediátricas e Genética.

Comentários / Conclusões

Apesar de rara, devemos estar alerta para esta entidade pois, tal como neste caso, pode apresentar-se de forma pouco evidente, fora do período neonatal, exigindo por isso um elevado grau de suspeição. A sua identificação e orientação precoces são fundamentais em termos de reabilitação e exclusão de malformações associadas.

Palavras-chave: Síndrome de Poland, defeito da parede torácica, malformação congénita

PD-085 – (23SPP-12686) – QUANDO A INSÓNIA É UM PROBLEMA DA INFÂNCIA – A REALIDADE DE UM HOSPITAL DE NÍVEL I

Ana Carolina Alves[1]; Daniela Neves Guimarães[1]; Claúdia Loureiro Gomes[1]

1 – Centro Hospitalar de Leiria

Introdução e Objectivos

Da primeira infância à adolescência, a insónia crónica (IC) é predominantemente comportamental, por erros de associação e/ou falta de imposição de regras e limites. O objetivo deste estudo foi analisar o perfil das crianças com IC dos 12 meses aos 10 anos, referenciadas para consulta de Pediatria Geral/Sono num hospital de nível I.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo com consulta dos processos clínicos das crianças observadas em consulta de Pediatria Geral/Sono, entre 01/2019 e 06/2023. Os dados foram analisados com SPSS($p<0,05$).

Resultados

Foram observadas 42 crianças com IC, 23(55%) sexo masculino. A idade mediana de diagnóstico foi 3 anos10meses, 32(76%) até aos 5 anos – idade pré-escolar. A IC era causada por erros de associação em 29(69%), por falta de imposição de regras e limites em 5(12%) e por ambos em 8 (19%). As associações ao início do sono descritas foram: presença do adulto para adormecer 32(76%), dormir na cama dos pais 21(50%), ingestão de leite 14(33%) todos em idade pré escolar e ecrãs na hora de adormecer 13(31%) com 67% em idade escolar vs 23% idade pré-escolar p=0,04. 31(74%) tinham despertares noturnos. Havia história familiar de perturbação do sono em 36%. 31(74%) crianças apresentam outras perturbações do sono e 15(34,9%) perturbações do neurodesenvolvimento. Foi referido impacto no funcionamento diário da criança em 15(36%) e impacto familiar em 28(67%). 11(25%) tomaram melatonina. Houve uma evolução favorável em 78% com medidas de higiene do sono.

Conclusões

A IC até aos 10 anos é normalmente comportamental. É mais prevalente em idade pré-escolar e por erros de associação. O reforço da importância das rotinas e medidas de higiene do sono são cruciais para evitar consequências negativas no funcionamento diário da criança e sua família.

Palavras-chave: Insónia comportamental, Sono, Insónia crónica, Erros de associação, Falta de regras

PD-086 – (23SPP-12664) – LIPOMATOSE PANCREÁTICA: ACHADO OU NOVA COMPLICAÇÃO DA OBESIDADE PEDIÁTRICA?

Ana Mafalda Gonçalo[1]; Ana Lemos[1]; Susana Corujeira[1]

1 – Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e Criança, Centro Hospitalar Universitário São João

Introdução / Descrição do Caso

A lipomatose pancreática (*Non-Alcoholic Fatty Pancreas Disease*) consiste na acumulação de gordura no pâncreas e tem como fatores de risco a idade, género, etnia, obesidade, síndrome metabólica, esteatose hepática não alcoólica, dislipidemia, hiperglicemia e hipertensão.

Caso 1: Sexo feminino, 12 anos, com obesidade desde os 5 anos (IMC 21.1 kg/m^2, z-score +2+3 SD).

Caso 2: Sexo feminino, 17 anos, com obesidade desde os 5 anos (IMC 22.1kg/m^2, z-score +2+3 SD), com depressão e perturbação de ansiedade. Agravamento desde os 13 anos durante a pandemia COVID-19 (IMC 42.1 kg/m^2, z-score >+3 SD).

Caso 3: Sexo masculino, 12 anos, com obesidade desde os 5 anos (IMC 28.5 kg/m^2, z-score >3 SD). Todos os doentes tinham história familiar de obesidade. Comorbilidades associadas: dislipidemia (1 e 2), insulinorresistência (1), esteatose hepática não alcoólica (1 e 2) e síndrome do ovário poliquístico (2). A ecografia abdominal evidenciou, além da esteatose hepática, aumento difuso da ecogenicidade do parênquima pancreático, a traduzir infiltração lipomatosa. Existiu agravamento da obesidade em 2 casos por incumprimento das medidas de modificação do estilo de vida (caso 1: IMC 29.8 kg/m^2, z-score +2+3 SD; caso 3: IMC 31.6 kg/m^2, z-score >+ 3 SD) e noutro ocorreu perda ponderal gradual (caso 2: IMC 40.0 kg/m^2, z-score >+3 SD). A resolução ecográfica das alterações pancreáticas foi evidente no primeiro e terceiro casos.

Comentários / Conclusões

A resolução da lipomatose pancreática ocorreu em 2 casos apesar do agravamento da obesidade. Embora as suas implicações clínicas não estejam bem estabelecidas, o tratamento da obesidade continua a ser fundamental com o objetivo de diminuição do risco cardiometabólico futuro.

Palavras-chave: Obesidade, Lipomatose pancreática

PD-087 – (23SPP-12941) – LOOSE ANAGEN HAIR SYNDROME – UMA CAUSA RARA DE ALOPÉCIA INFANTIL

Francisca Gomes[1]; Filipe Ginja[1]; Inês Candeias[1]; Sara Silva Rodrigues[1]; Ivo Miguel Neves[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A Loose Anagen Hair Syndrome (LAHS) é uma causa rara de alopécia infantil não cicatricial. Pode ser esporádica ou de herança autossómica dominante com penetrância incompleta. Carateriza-se por cabelos anágenos fracamente ancorados, facilmente removidos do couro cabeludo de forma indolor. Afeta sobretudo crianças de cabelos claros, com predominância do sexo feminino, entre os 2 e os 8 anos de idade. O diagnóstico baseia-se na clínica e confirma-se por uma análise microscópica dos cabelos com tricograma, ao observar-se uma predominância (>50%) de cabelos anágenos.
Criança de 4 anos, sexo feminino, antecedentes irrelevantes, encaminhada para a consulta de Pediatria por queda de cabelo espontânea e indolor com 5 meses de evolução, sobretudo quando deitada na cama e ao pentear. Sem outras queixas. Ao exame objetivo, rarefação difusa dos cabelos, sem áreas de alopécia localizada, com cabelos castanhos claros finos facilmente extraídos sob leve tração, de forma indolor. Couro cabeludo sem cicatrizes ou inflamação. Não se observaram alterações dentárias, cutâneas e ungueais. Analiticamente, sem anemia ou défices nutricionais. Excluído hipotiroidismo e a doença celíaca. Observada por Dermatologia Pediátrica cerca de 9 meses após início das queixas, já com resolução, teste de tração capilar negativo, pelo que não foi realizado tricograma.

Comentários / Conclusões

A LAHS, além de ser uma condição rara, é frequentemente subdiagnosticada. Neste caso, a queda de cabelo difusa indolor é muito sugestiva deste diagnóstico. A maioria dos casos tem resolução espontânea, tal como foi observado neste caso, pelo que o diagnóstico de LAHS acabou por não ser confirmado por tricograma, no entanto, pretendemos alertar para as características clínicas desta síndrome pouco conhecida.

Palavras-chave: loose anagen hair syndrome, alopécia

PD-088 – (23SPP-12962) – INCIDENTALOMA – A PROPÓSITO DE UMA PICADA DE ABELHA

Retirado a pedido do autor

PD-089 – (23SPP-12830) – PORTUGAL MULTICULTURAL: ESTARÃO OS CUIDADOS DE SAÚDE PREPARADOS?

Mariana Martins[1]; Íris Ascenção[1]; Maria Inês Sousa[1]; Diana Bordalo[1,2]; Ana Maia[1,2]

1 – Serviço de Pediatria da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução e Objectivos

O número de imigrantes em Portugal tem aumentado diariamente, evidenciando a importância da adequação da prestação de cuidados de saúde a uma realidade multicultural.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo com análise das características da população pediátrica de nacionalidade não portuguesa, que frequentou consultas de Pediatria em 2022, num hospital terciário.

Resultados

Identificaram-se 237 casos, sobretudo provenientes do Brasil (68,8%), Angola (3,8%), Ucrânia (3%) e Guiné Bissau (3%), com menores percentagens para outras nacionalidades. 55,7% eram do sexo masculino. A idade média foi cerca de 9 anos (8,88 ± 4,911 anos), com idade mínima de 23 dias e idade máxima de 17 anos.
Principais motivos de consulta foram: sibilância recorrente/asma/rinite alérgica (24,9%); obesidade e/ou dislipidemia (7,2%); perturbação do espetro do autismo (6,8%); perturbação de ansiedade/consumo de substâncias ilícitas/comportamentos sexuais de risco (5,5%); alergias alimentares/medicamentosas (5,1%). Outros motivos foram: patologia do desenvolvimento (perturbação da fala/linguagem em 4,2%), hematológica (drepanocitose em 3,8%), gastroenterológica (obstipação em 3,8%), neurológica (epilepsia em 3,8%), cardíaca (malformações em 3,8%), genética (fenda palatina em 3%), oncológica (tumores do sistema nervoso central em 2,5%), endocrinológica (hipotiroidismo em 2,1%), nefrourológica (malformações da pélvis renal e ureter em 2,1%), metabólica (1,7%), infeciosa (malária em 1,3%).

Conclusões

Os principais motivos de consulta foram semelhantes aos das crianças de nacionalidade portuguesa. Com base nas principais nacionalidades compreende-se a emergência de doenças como a malária e drepanocitose. É crucial manter o seguimento destas populações e ajustar os cuidados às suas necessidades.

Palavras-chave: Imigrantes, Saúde Infantil, Consultas

PD-090 – (23SPP-12639) – DOR LOMBAR E DISÚRIA. NEM SÓ O QUE PARECE É.

Catarina Mendonça[1]; Gonçalo Passos Croca[1]; Teresa Magalhães[1]; Fabiana Fortunato[1]; Bárbara Marques[1]

1 – Centro Hospitalar do Oeste – Caldas da Rainha

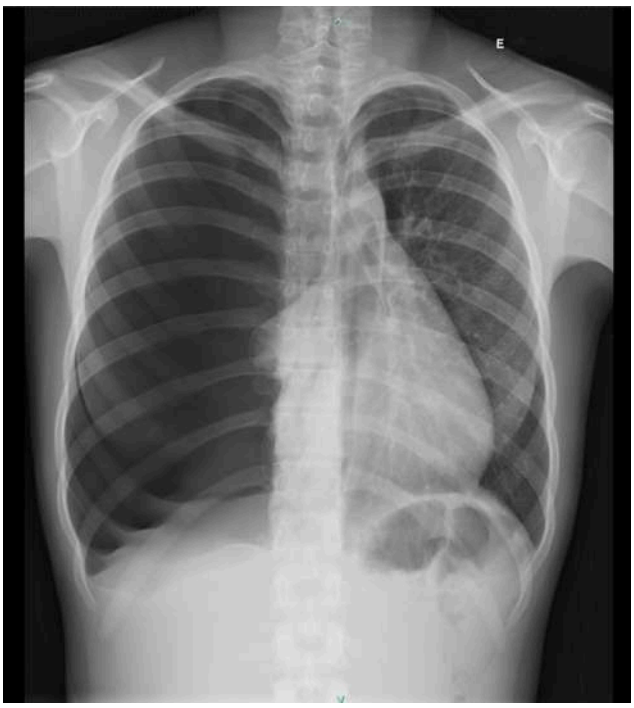
Introdução / Descrição do Caso

O pneumotórax consiste na presença de ar no espaço pleural. O pneumotórax espontâneo (PE) pode ser primário ou secundário, com pico de incidência entre os 16-24 anos. Afeta predominantemente adolescentes rapazes, altos, magros, fumadores, e nas raparigas pode estar associado à menstruação (pneumotórax catamenial). Apresenta-se por toracalgia homolateral súbita, com irradiação para o ombro, autolimitada. À observação com diminuição do murmúrio vesicular, da expansão torácica e hiperressonância à percussão. O diagnóstico é por radiografia de tórax e o tratamento depende da gravidade.
Rapariga de 15 anos, com antecedentes de 2 episódios de PE aos 12 anos. Recorreu à Urgência de Pediatria por lombalgia direita há 3 dias, tipo pontada, contínua, de agravamento progressivo, mas melhoria após analgesia. Referia disúria e polaquiúria e 4 episódios de vómitos na noite anterior. Negava febre ou outra sintomatologia associada, nomeadamente dificuldade respiratória. Negava consumos tabágicos. À observação com ausência do murmúrio vesicular à direita, bordo hepático palpável 4 cm abaixo da grelha costal e murphy renal positivo à direita, sem outras alterações de relevo. Hemodinamicamente estável. Realizada radiografia tórax que demonstrou colapso total do pulmão direito, com discreto desvio contralateral da traqueia. Exame de urina e urocultura positivos. A doente foi internada e o caso discutido em equipa com Cirurgia e Pneumologia, tendo-se colocado dreno torácico em drenagem passiva.

Comentários / Conclusões

Em crianças mais velhas, as queixas tornam-se mais específicas e orientadoras do diagnóstico. No entanto, não deve ser descurada a realização do exame objetivo completo, tal como demonstrado neste caso, revelador por vezes de diagnósticos menos prováveis.

Palavras-chave: Pneumotórax espontâneo; Adolescentes; Pediatria



PD-091 – (23SPP-12965) – AFINAL A FIBROSE QUÍSTICA AINDA NÃO É FÁCIL DE DIAGNOSTICAR E OS FÁRMACOS AINDA NÃO SÃO PARA TODOS

Rosa Amorim-Figueiredo[1]; Raquel Bragança[2]; Maria Knoblich[3]; Isabel Afonso[4]; Fátima Abreu[2]; Ana Casimiro[2]; Susana Castanhinha[2]

1 – Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro de Referência de Fibrose Quística, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 4 – Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

A fibrose quística (FQ) é uma doença incurável e progressiva, causada por mutações no gene *cystic fibrosis transmembrane conductance regulator* (CFTR) cujo diagnóstico pode ser desafiante. Existem novas terapêuticas moduladoras de CFTR que aumentam a sua produção/função.

Criança de 4 anos, com trissomia 21, atrésia esofágica operada com dupla fístula traqueoesofágica (FTE), comunicação interventricular com insuficiência cardíaca e hipotiroidismo. O rastreio neonatal foi positivo para FQ, com provas do suor inconclusivas. O estudo molecular identificou a mutação patogénica R117H em heterozigotia e variante intrónica de significado desconhecido, c.2490+52G>A. O diagnóstico de FQ foi realizado aos 2 anos após se objetivar atividade reduzida da proteína CFTR (9%) medida em biópsias retais por câmara de Ussing. Durante o seguimento verificou-se insuficiência pancreática exócrina, múltiplos internamentos prolongados por infeção respiratória (*S.maltophilia*, *S.marcescens*, *P.aeruginosa)*. Atualmente apresenta insuficiência respiratória crónica tipo 1 sob oxigenoterapia. A medicação inclui pancreatina oral, colistina, dornase-alfa e NaCl 3% nebulizados. Iniciou ivacaftor há 18 meses, indicado para a mutação R117H. Esta nova terapêutica parece ter contribuído, a par de cirurgia de correção da cardiopatia e encerramento da FTE, para melhoria do quadro clínico (menos agudizações respiratórias e melhoria nutricional).

Comentários / Conclusões

Os testes funcionais que avaliam a atividade de CFTR são essenciais para o diagnóstico em casos duvidosos. O diagnóstico molecular permite que os doentes com FQ com mutações elegíveis iniciem precocemente a terapêutica moduladora especifica que visa modificar o curso da doença e aumentar a esperança de vida.

Palavras-chave: Fibrose Quística, ivacaftor, Trissomia 21

PD-092 – (23SPP-12783) – PNEUMOTÓRAX EM IDADE PEDIÁTRICA – CASUÍSTICA DE 10 ANOS EM HOSPITAL DE NÍVEL II

Inês Mazeda[1]; Ana Machado Da Cunha[2]; Inês Vivas[1]; Sofia Branco[1]; Beatriz Vieira[1]; Gracinda Oliveira[1]

1 – Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde; 2 – Hospital de Braga

Introdução e Objectivos

O pneumotórax é incomum em idade pediátrica, mas potencialmente grave. Define-se pela presença de ar na cavidade pleural e subdivide-se em espontâneo (PE), primário (PEP) ou secundário (PES), e adquirido (PA).

Pretende-se caracterizar os casos de Pneumotórax internados num hospital secundário na última década.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo que incluiu doentes pediátricos internados entre janeiro de 2013 e abril de 2023 com diagnóstico de PT.

Resultados

Obtiveram-se 12 casos, 75% rapazes e idade média de 15,8 anos. Constituíram fatores de risco: bolhas subpleurais (33%), progenitores fumadores (25%), tabagismo (17%) e asma (17%). Em nenhum caso havia história familiar positiva. Todos os casos foram considerados PE, com predomínio da lateralidade esquerda (n=7).

A toracalgia foi referida em 92%, a dispneia e tosse em 17%. Nenhum apresentava sinais de dificuldade respiratória ou hipóxia. A auscultação pulmonar foi descrita como normal em 25%.

A radiografia torácica confirmou o diagnóstico. O tratamento foi analgesia em 92%, oxigenoterapia em 83%, drenagem torácica em 58%, aspiração por agulha em 17%.

Quatro casos recorreram, 2 com necessidade de tratamento cirúrgico. O número máximo de recorrências por doente foi 4 e o tempo mediano entre episódios foi 105 dias (mínimo 12; máximo 390). Os que recidivaram tinham 2 fatores de risco em média. No entanto, não foi encontrada associação entre presença de fatores de risco e recidiva (p=0.208) nos 12 casos.

Conclusões

A toracalgia com diminuição dos sons respiratórios são achados frequentes no pneumotórax.

A oxigenoterapia e drenagem torácica foram a terapêutica de eleição.

A identificação e eliminação dos factores de risco são fundamentais para o diagnóstico e prevenção de recidivas de PT.

Palavras-chave: Pneumotórax, Pneumotórax espontâneo, Toracalgia, Recidiva

PD-093 – (23SPP-12932) – CAPNOCYTOPHAGA SPECIES COMO POTENCIAL CAUSA DE PNEUMONIA E EMPIEMA

Inês Candeias[1]; Alexandra Vilas Fabião[1]; Francisca Gomes[1]; Sara Silva Rodrigues[1]; Helena Silva[1]; Carla Moreira[1]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A Pneumonia Adquirida na Comunidade apresenta elevada morbilidade nos países desenvolvidos e pode complicar-se com empiema. As Capnocytophaga species fazem parte da flora oral de humanos e animais e são uma causa rara, mas potencialmente grave, de infeção, com maior prevalência em imunocomprometidos. Adolescente de 17 anos, antecedentes irrelevantes, voluntário num canil, recorreu ao Serviço de Urgência por 8 dias de febre, dispneia e platipneia com toracalgia na região posterior do hemitórax esquerdo de características pleuríticas. Ao exame objetivo com dificuldade em permanecer em decúbito dorsal por dor aguda importante, sem hipoxemia nem alterações à auscultação pulmonar. Analiticamente, elevação da Proteína C Reativa, fibrinogénio e D-dímeros. Serologias com infeção por EBV recente mas não aguda. Enzimas cardíacas, ECG, ecocardiograma e radiografia torácica sem alterações. Ecografia abdominal com hepatoesplenomegalia ligeira e AngioTC torácico com lâmina de líquido pleural no recesso costofrénico posterior esquerdo. Iniciou Ceftriaxone EV, mas observou-se agravamento clínico – diminuição do murmúrio vesicular no terço inferior do hemitórax esquerdo e macicez à percussão – e imagiológico – derrame pleural parapneumónico loculado, pelo que se associou Clindamicina EV. Realizou toracocentese ecoguiada e broncofibroscopia. Isolamento de Capnocytophaga species no lavado broncoalveolar. Posteriormente apresentou melhoria clínica e imagiológica. Teve alta sob cinesioterapia respiratória encaminhado para consulta de Pneumologia Pediátrica.

Comentários / Conclusões

Com este caso clínico, os autores pretendem alertar para etiologias mais raras de pneumonia e empiema, mas que se não tratadas adequadamente poderão ter uma evolução desfavorável.

Palavras-chave: Capnocytophaga species, Pneumonia Adquirida na Comunidade, Empiema

PD-094 – (23SPP-13034) – NO RESPIRAR É QUE ESTÁ O GANHO: VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NUM CASO DE MÁ EVOLUÇÃO PONDERAL POR OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Diogo Lages De Miranda[1]; Rita A. Santos[1]; Inês Cascais[1]; Vanessa Costa[1]; Margarida Paiva Coelho[1]; Lurdes Morais[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal; 2 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

A etiologia da má evolução ponderal (MEP) é multifatorial e complexa, podendo estar associada a doenças respiratórias ou cardiovasculares. O seu reconhecimento como causa de MEP constitui um desafio clínico em idade pediátrica, contudo, a sua deteção atempada permite a instituição de medidas terapêuticas específicas contribuindo para recuperação e melhoria clínica global. Lactente de 5 meses, sexo feminino, orientada para consulta de Pediatria por MEP desde os 2 meses. Sem antecedentes de relevo. À observação foi objetivado peso e comprimento inferior ao P3 apesar de aporte nutricional adequado. Apresentava sinais vitais normais e constatou-se a presença de microretrognatismo, *pectus excavatum* exuberante com sinais de dificuldade respiratória sem hipoxemia e estridor inspiratório. Excluída patologia cardiovascular após constatação de coração em bota em radiografia torácica. Realizadas duas oximetrias com duração de 11 horas que revelaram vários episódios de dessaturação de padrão obstrutivo. Foi iniciada ventilação não invasiva (VNI) durante o sono com boa adaptação. Atualmente com 7 meses é evidente uma melhoria da deformidade torácica, sem dificuldade respiratória incluindo durante a alimentação ou eventos obstrutivos durante o sono e apresenta um peso no P15 com evolução favorável do desenvolvimento psicomotor.

Comentários / Conclusões

Com este caso os autores pretendem salientar a importância de um exame físico minucioso como ferramenta essencial no diagnóstico de patologias respiratórias obstrutivas, que não devem ser excluídas pela ausência de hipoxemia. A deteção atempada de doença respiratória como causa da MEP, permitiu a instituição de VNI precocemente com melhoria da função pulmonar, nutricional e do desenvolvimento.

Palavras-chave: Ventilação Não Invasiva, Má Evolução Ponderal

PD-095 – (23SPP-12979) – UM CASO CLÍNICO SOBRE LESÃO PULMONAR RADIOINDUZIDA

David Rabiço-Costa[1,2]; Pedro Miragaia[1,2]; Susana Correia De Oliveira[3]; Sónia Silva[1,2,4]; Daniela Alves[5]; Ricardo Baptista[6]; Rita Lago[7]; Inês Azevedo[1,2,4]; Maria Do Bom Sucesso[2,5]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João – Porto; 2 – Departamento de Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria, Faculdade Medicina Universidade Porto; 3 – Serviço de Pediatria, Área da Mulher e da Criança, Hospital Senhora de Oliveira – Guimarães; 4 – Unidade Pneumologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João – Porto; 5 – Unidade de Oncologia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João – Porto; 6 – Serviço de Doenças Infeciosas, Unidade Autónoma de Gestão da Medicina, Centro Hospitalar Universitário São João – Porto; 7 – Serviço de Radioterapia Oncológica, Unidade Autónoma de Gestão dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Centro Hospitalar Universitário São João – Porto

Introdução / Descrição do Caso

A radioterapia (RT) com irradiação torácica pode provocar uma complicação grave – lesão pulmonar radioinduzida (LPRI) que inclui pneumonite rádica (fase aguda) e fibrose por radiação (fase crónica). Adolescente diagnosticada aos 17 anos com sarcoma de Ewing metastático na parede torácica esquerda, submetida a quimioterapia (QT) e excisão cirúrgica da lesão primária e ressecção da 6ª e 7ª costelas, seguida de QT e RT. A RT foi administrada num esquema de 19,5Gy no hemitórax esquerdo, 25,2Gy para o tumor inicial e cicatrizes cirúrgicas, e 14Gy com margens menores, perfazendo 58,7Gy. Um mês após término, foi internada com febre, tosse e dificuldade respiratória com hipoxemia, proteína C reativa elevada (48,9 mg/L), infiltrado dos 2/3 inferiores do hemitórax esquerdo, tomografia computorizada com consolidação do lobo inferior esquerdo e parte do lobo superior, pequena consolidação no lobo inferior direito e pequeno derrame pleural esquerdo, sem sinais de recidiva tumoral. Iniciou antibioterapia empírica com diagnóstico presuntivo de pneumonia. Houve agravamento clínico e radiológico 2 semanas depois, com dispneia grave e admissão em cuidados intensivos para ventilação não invasiva (VNI), oxigénio de alto fluxo e foi alargada a cobertura antibiótica, sem resposta significativa. Após início de corticoterapia sistémica, apresentou melhoria clínica, com alta 8 dias depois sem oxigénio suplementar.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de LPRI é um desafio e deve ser considerado em crianças com sintomas respiratórios que iniciam semanas após a RT, sobretudo na ausência de resposta à antibioterapia empírica. Neste caso, a VNI foi essencial para a correção da insuficiência respiratória, exacerbada pela ausência de duas costelas.

Palavras-chave: Lesão Pulmonar Radioinduzida, Pneumonite Rádica, Fibrose Pulmonar, Sarcoma de Ewing

PD-096 – (23SPP-12862) – PAUSAS SINUSAIS: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SAOS EM IDADE PEDIÁTRICA

Cátia Martins[1]; Inês Barros Rua[1]; Núria Madureira[1]

1 – Laboratório de Sono e Ventilação, Serviço de Pediatria Médica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

O síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) está descrito em até 10% da população em idade pediátrica, sendo frequentemente sub-valorizado e sub-diagnosticado. Está descrita a sua associação com arritmias: cerca de 15% dos adultos com SAOS apresentam pausas sinusais noturnas com mais de 2 segundos, prevalência superior à população em geral. O seu diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais.

Adolescente de 16 anos avaliado em consulta por roncopatia em contexto de pausas sinusais (tinha realizado holter por tonturas com duas pausas sinusais noturnas de 411 e 2764ms). Queixas de roncopatia frequente, sono agitado, sensação de sono não reparador, cefaleia matinal e sonolência diurna. Tinha sido submetido a adenoamigdalectomia e miringotomia aos 5 anos. No exame objetivo apresentava obesidade (IMC 20,3kg/m^2 (P95-98)), palato não ogivado, mallampati 3 e ligeiro desvio do septo nasal. O Estudo Poligráfico do Sono (EPS) mostrou SAOS moderado (IAH 5.1). Iniciou CPAP com boa adaptação e resolução dos sintomas. Repetiu holter sob CPAP não se identificando pausas ou perturbações da condução auriculoventricular.

Comentários / Conclusões

A associação entre SAOS e pausas sinusais relaciona-se com a ativação do sistema nervoso autónomo durante o sono, agravada em contexto de eventos obstrutivos. A identificação destas bradiarritmias predominantemente durante o período de sono deve levantar a hipótese de perturbação respiratória obstrutiva do sono e consequente realização de EPS.

Palavras-chave: Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, CPAP, Pausas sinusais

PD-097 – (23SPP-12718) – ATRÉSIA ESOFÁGICA – IMPACTO NA FUNÇÃO PULMONAR

Tiago Brito[1]; Pedro Teixeira[1]; Mário Rui Correia[2]; Vanessa Costa[1]; Fátima Carvalho[2]; Lurdes Morais[3]; Ana Ramos[3]; Ana Rita Azevedo[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 3 – Serviço de Pediatria, Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução e Objectivos

A atrésia do esófago (AE), que pode estar associada a fístula traqueoesofágica (FTE), é a malformação congénita mais comum do esófago, com incidência de 1/3500 recém-nascidos (RN). Classifica-se em 5 tipos, sendo mais comum a tipo C (classificação de *Gross)*. Em cerca de 50% dos casos associa-se a outras malformações. As comorbilidades respiratórias são frequentes, sendo a etiologia complexa e multifatorial. O objetivo desta revisão foi avaliar o impacto na função respiratória dos doentes com AE.

Metodologia

Estudo retrospetivo e observacional com análise estatística descritiva dos dados clínicos dos doentes com diagnóstico de AE entre 2003 e 2023 num hospital terciário.

Resultados

Dezassete RN foram diagnosticados com AE, 94,1% com FTE distal. A mediana de peso ao nascimento (PN) foi de 2315g (min. 860g) e 47,1% eram prematuros (min. 30 semanas). Em 35,3% foram identificadas outras malformações incluindo respiratórias. A cirurgia foi realizada até ao 3º dia de vida e a extubação ocorreu em média aos 7 dias pós-operatório com uma mediana de dias de internamento de 21. Durante o período de follow-up verificou-se um óbito. Dezasseis doentes mantêm seguimento multidisciplinar, 52,9% com terapêutica broncodilatadora crónica e 64,7% com internamentos por intercorrências respiratórias, a maioria nos primeiros 2 anos.

Conclusões

A taxa de sobrevivência dos doentes com AE é superior a 90%, contudo, e de acordo com a literatura, neste grupo de RN verificou-se que a maioria desenvolve complicações respiratórias. O impacto na função pulmonar é mais frequente naqueles com baixo PN e prematuridade, podendo surgir em qualquer idade. Estes resultados reforçam a importância de estabelecer normas de orientação para o seguimento e avaliação da função pulmonar destes doentes.

PD-098 – (23SPP-12993) – OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO NUM HOSPITAL DE NÍVEL II

Ana Catarina Paulo[1]; Beatriz Silva[1]; Inês Da Bernarda Rodrigues[1]; Paula Santos[1]; Adriana Formiga[1]; Julieta Morais[1]

1 – Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar Do Médio Tejo E.P.E

Introdução e Objectivos

A oxigenoterapia de alto fluxo (OAF) é uma terapêutica não invasiva que proporciona um fluxo de oxigénio, simples ou misturado com ar, aquecido e humidificado, com controlo da fração inspiratória de oxigénio (FiO2). Está indicada em situações de dificuldade respiratória ligeira a moderada ou hipoxemia.

Metodologia

Estudo retrospetivo descritivo com análise dos processos clínicos de crianças internadas, em 2021 e 2022, que realizaram OAF. Análise estatística com SPSS.

Resultados

Foram incluídas 20 crianças, 65% (n=13) do sexo masculino, com mediana de idade de 3 meses.

Os diagnósticos principais foram bronquiolite aguda (85%, n=17), pneumonia (10%, n=2) e sibilância recorrente agudizada (5%, n=1).

O principal agente identificado foi o vírus sincicial respiratório (75%, n=15). Em 55% dos doentes (n=10) foram identificados mais do que um patógeno.

Na maioria dos casos (65%, n=13) a OAF foi introduzida no primeiro dia de internamento, com duração média de 79,20 horas, fluxo máximo médio de 1,81 L/min/kg e FiO2 máxima média de 42,68%.

A duração de internamento média foi 7,55 dias.

Em 75% dos casos (n=15) foi utilizada terapêutica broncodilatadora.

A maioria dos doentes cumpriu antibioticoterapia (95%, n=19) e corticoterapia (90%, n=18), com uma duração média de 7,60 e 5,55 dias, respetivamente.

Foram transferidos 2 doentes para os cuidados intensivos pediátricos, por necessidade de ventilação por pressão positiva contínua (CPAP).

Os meses de maior utilização de OAF foram em dezembro e novembro. 60% dos casos (n=12) decorreram no ano de 2022, constatando-se um aumento de 1,5 vezes da utilização do OAF relativamente a 2021.

Conclusões

A OAF mostra-se relevante em hospitais sem unidades de cuidados intensivos pediátricos, dado a sua fácil iniciação, eficiência e segurança.

Palavras-chave: oxigenoterapia de alto fluxo, hipoxemia, bronquiolite aguda, vírus sincicial respiratório, pediatria

PD-099 – (23SPP-12887) – BRONQUIECTASIAS EM IDADE PEDIÁTRICA: A IMPORTÂNCIA DE NOVAS TÉCNICAS DE DRENAGEM RESPIRATÓRIA – A PROPÓSITO DE UM CASO

Beatriz Teixeira[1]; Inês Cascais[1]; Rita Santos[2]; Carmen Cardoso[3]; Sandra Teixeira[4]; Ana Lúcia Cardoso[3,5]; Telma Barbosa[3,6]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Fisioterapia, Healthcare Department, Nippon Gases Portugal; 3 – Centro de Referência de Fibrose Quística, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 4 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 5 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Serviço de Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 6 – Unidade de Pneumologia Pediátrica do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

As técnicas de apoio à drenagem respiratória são fundamentais em doentes com bronquiectasias (BQ), facilitando a eliminação de muco e prevenindo infeções e a deterioração da função pulmonar e da qualidade de vida (QV). Contudo, podem ser morosas e incómodas, dificultando a adesão.

Adolescente de 11 anos, sexo masculino, com trombocitopenia com clínica hemorrágica desproporcionada. Episódios de pieira recorrentes desde os 6 meses, parcialmente controlados com corticoterapia inalada crónica e antagonista dos leucotrienos, com necessidade de fisioterapia respiratória desde os 2,5 anos. Referenciado a consulta de especialidade para investigação de BQ.

Do estudo efetuado: elastase fecal e prova de suor normais, painel genético de fibrose quística negativo, doseamento de alfa-1 antitripsina, imunoglobulinas e sub-populações linfocitárias normal, phadiatop e testes cutâneos sem evidência de atopia e TC pulmonar com alterações fibrocicatriciais no lobo médio e BQ.

Nos bacteriológicos de secreções seriados, isolados agentes como *Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae* e *Burkholderia cepacia*, com necessidade de terapêutica dirigida.

Iniciou dispositivo (simeox®) de apoio à drenagem de uso autónomo, associado a fisioterapia respiratória, que gera uma sucessão de curtas depressões vibratórias de ar em volume corrente durante a expiração, fluidificando o muco e facilitando a expetoração. Verificada boa autonomia e adaptação, melhoria da auscultação pulmonar e da função respiratória, com diminuição das secreções e agudizações, sem hemoptises.

Comentários / Conclusões

O simeox® parece eficaz e seguro em doentes pediátricos com BQ, mesmo na presença de disfunção plaquetária, com boa adesão e melhoria da QV.

Palavras-chave: Bronquiectasias, Técnicas de drenagem respiratória

PD-100 – (23SPP-12787) – TUBERCULOSE PULMONAR: A IMPORTÂNCIA DE NÃO DESISTIR DO DIAGNÓSTICO!

Beatriz Craveiro Nunes[1]; Beatriz Falcão Cardoso[2]; Débora Valente-Silva[2]; Ana Verónica Cardoso[3]; Maria Guilhermina Reis[4,5]; Rosa Barbosa[1]; Carla Brandão[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 4 – Unidade de Pneumologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, CHUPorto; 5 – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Introdução / Descrição do Caso

A tuberculose (TB) é uma infeção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MT) e o pulmão é o principal órgão atingido. A sintomatologia é inespecífica e muitas vezes insidiosa, sendo necessário um elevado grau de suspeição para se chegar ao diagnóstico.

Adolescente, 16 anos, saudável. PNV com BCG. Recorreu ao SU por tosse não produtiva há 2 semanas, astenia e toracalgia na última semana. Sem outra sintomatologia. Tio (convivente) com término de tratamento para TB pulmonar há 1 mês. Na altura do diagnóstico do tio, fez rastreio de TB (negativo). Na admissão, destacavam-se sons respiratórios ausentes no terço inferior do hemitórax direito. Analiticamente PCR 108.6mg/L. Radiografia torácica com evidência de derrame pleural direito de médio volume. Assumida pneumonia com derrame pleural, iniciou antibioterapia ev. Realizou toracocentese: exsudado, predomínio de mononucleares, ADA elevada, microbiológicos e pesquisa de DNA de MT negativos. Micobacteriológicos e pesquisa de DNA de MT nas secreções brônquicas e gástricas negativos. TC com derrame pleural de moderado volume à direita com atelectasia do LID e infiltrado "tree in bud" no LSE. Realizou biópsia pleural ecoguiada que mostrou processo inflamatório granulomatoso. Fez broncofibroscopia (BFC) – lavado brônquico com pesquisas de BAAR e DNA de MT positivas. Suspendeu antibioterapia e iniciou terapêutica antibacilar.

Comentários / Conclusões

Caso com contexto epidemiológico e clínica sugestivos de TB. Embora o rastreio prévio de TB e a análise das secreções tenha sido negativa, dada a elevada suspeita foi realizada biópsia pleural e colheita de lavado brônquico confirmando-se o diagnóstico de TB pulmonar e pleural. De realçar que o diagnóstico é microbiológico e em caso de suspeição elevada deve prosseguir-se estudo.

Palavras-chave: Tuberculose, Mycobacterium tuberculosis, lavado brônquico

PD-101 – (23SPP-12831) – INCIDENTALOMA – ATITUDE EXPECTANTE MESMO NOS CASOS ATÍPICOS?

Andreia Preda[1]; Lucinda Amorim Delgado[2]; Cláudia Moura[2]; Inês Lemos Martins[2]; Teresa São Simão[2]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Hospital Nossa Senhora da Oliveira Guimarães

Introdução / Descrição do Caso

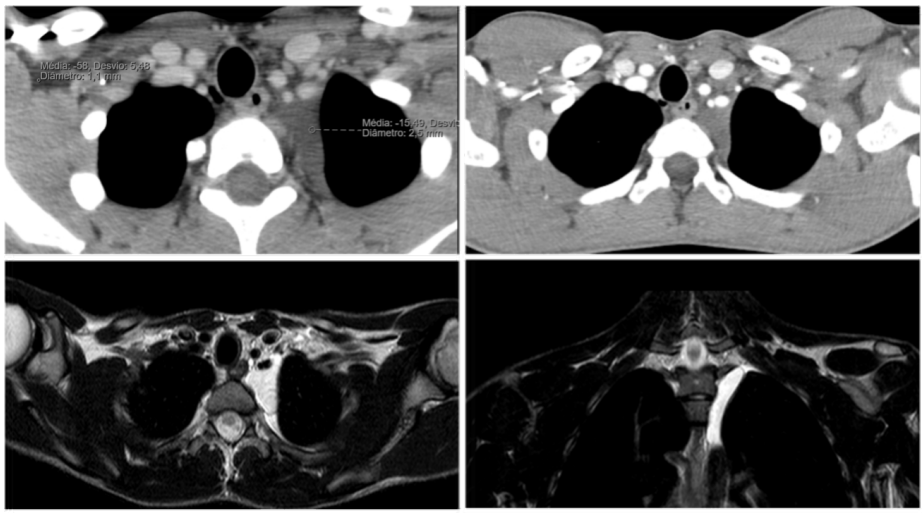
Incidentalomas são alterações encontradas nos exames complementares de diagnósticos, não relacionadas com a suspeita clínica para o qual este foi requisitado. A sua identificação acarreta caracterização e, eventualmente, investigação posterior para determinar a sua relevância clínica.O linfangioma é uma malformação congénita caracterizada por um crescimento aumentado do tecido linfático. A idade mais frequente de diagnóstico é abaixo dos dois anos e a localização típica é a cabeça e o pescoço. Na maioria das vezes, o diagnóstico é realizado após aparecimento de sinais/sintomas. Embora seja uma entidade benigna, pode causar complicações como expansão rápida, deformidade ou compromisso funcional, dependendo da localização e tamanho, e pode necessitar de abordagem, nomeadamente, cirúrgica.

Adolescente, 14 anos, internado por abcesso periamigdalino. No decurso da investigação, realizou TC da cabeça e pescoço que levantou a suspeita de derrame pleural à esquerda. Fez TC torácico para esclarecimento que revelou imagem compatível com um linfangioma, confirmada por RMN. O adolescente foi referenciado para consulta de cirurgia pediátrica para decisão terapêutica e reavaliação.

Comentários / Conclusões

Desta forma, os achados incidentais em exames de imagem podem ser alterações relevantes, com necessidade de seguimento e orientação. Os autores pretendem também relembrar e alertar para apresentações atípicas do linfangioma, quer em termos de apresentação diagnóstica, de idade ao diagnóstico e localização.

Palavras-chave: incidentaloma, Linfangioma



PD-102 – (23SPP-12708) – PNEUMONIA DA COMUNIDADE – ANTIGOS AGENTES, NOVA GRAVIDADE?

Catarina Albuquerque[1]; Madalena Afonso[1]; Marta Figueiredo[1]; Mariana Dias[1]; Madalena Sales Luís[1]; Rita Belo Morais[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução / Descrição do Caso

A pneumonia adquirida na comunidade causada por coinfeção viral e bacteriana é frequente em crianças com idade ≤ 3 anos e pode associar-se a maior gravidade.

Criança de 3 anos, com sibilância recorrente. Cinco dias antes do internamento inicia febre, a cada 4 horas, tosse, rinorreia e dejeções líquidas. À admissão, apresentava temperatura axilar 38,6ºC, taquicardia, polipneia, SpO2 83%, palidez cutânea, TRC <2 segundos e língua seca. Destacava-se exantema micropapular e petequial truncal e axilar, hiperemia da orofaringe e auscultavam-se fervores crepitantes na base do hemitórax direito e sibilos bilateralmente. Analiticamente: leucócitos 25700/µL, neutrófilos 81,8%, proteína-C reativa 15,4 mg/dL e procalcitonina 75,3 ng/mL. A pesquisa de antigénio de estreptococos grupo A na orofaringe foi positiva e a radiografia torácica revelou hipotransparência homogénea da base direita. Painel de agentes respiratórios nasofaríngeo positivo para Adenovírus, Rhino/Enterovírus, vírus sincicial respiratório e *Bordetella parapertussis*. Manteve oxigenoterapia durante 8 dias, com necessidade de ventilação não invasiva com oxigénio de alto fluxo. Teve alta no 12º dia de internamento, tendo cumprido 14 dias de Clindamicina, 10 de Ceftriaxone, 5 de Azitromicina. Manteve sibilância durante 1 mês, com resolução dos restantes sintomas.

Comentários / Conclusões

A maior gravidade do quadro apresentado deveu-se, provavelmente, a coinfeção viral-bacteriana. A pandemia COVID-19 alterou a sazonalidade dos agentes respiratórios, nomeadamente do *Streptococcus pyogenes* e da *Bordetella parapertussis,* manifestando-se de forma potencialmente mais grave. Salientamos a importância de estudos nacionais multicêntricos para o melhor conhecimento epidemiológico destes agentes.

Palavras-chave: pneumonia, coinfeção, ventilação não invasiva

PD-103 – (23SPP-13036) – DOENÇA INVASIVA A STREPTOCOCCUS DO GRUPO A NUM HOSPITAL NÍVEL II

Madalena Torrado Malato[1]; Inês Pereira Soares[1]; Raquel Neves[2]; Vera Brites[2]; Sofia Almeida[3]; Helena Sofia[1]; Inês Vaz Silva[1]; Ana Catarina Fernandes[1]; Florbela Cunha[1]

1 – Hospital de Vila Franca de Xira; 2 – Hospital Dona Estefânia, CHULC; 3 – Hospital Santa Maria, CHULN

Introdução e Objectivos

O *Streptococcus* do grupo A (SGA) está frequentemente associado à amigdalite e a infeções cutâneas. Ocasionalmente pode ser isolado em locais estéreis, considerando-se assim uma doença invasiva a SGA. A doença invasiva ocorre de forma secundária a uma infeção primária localizada e é potencialmente fatal. Na Europa, desde Setembro/2022, verificou-se um aumento dos casos de doença invasiva por SGA em crianças mais jovens e saudáveis.

Metodologia

Estudo retrospetivo e descritivo de dados demográficos e clínicos das crianças com diagnóstico de doença invasiva a SGA, num hospital nível II, de Novembro/2022 a Junho/2023. Análise de dados: *Microsoft Excel*.

Resultados

Durante os 7 meses identificaram-se quatro crianças com doença invasiva a SGA. Três do sexo masculino, com idades entre os 10 meses e os cinco anos. Três crianças eram previamente saudáveis. O SGA foi isolado na hemocultura (3) e no líquido pleural (1). As manifestações iniciais foram amigdalite e escarlatina (1), laringite (1), pneumonia (1) e celulite da face (1). Em dois casos houve progressão para sépsis e necessitaram de cuidados intensivos. Todos os SGA eram sensíveis à penicilina. Num dos casos a estirpe identificada foi o tipo *emm1* subtipo $M1_{UK}$, as restantes não foram estudadas. Todas as crianças tiveram uma evolução favorável.

Conclusões

Em todos os casos apresentados identificou-se o foco da infeção por SGA. Tal como descrito, verificámos que houve um aumento de casos de doença invasiva por SGA, que se admite estar relacionado com a redução do estímulo imunológico condicionado pelo isolamento no período COVID-19 e com a expansão na Europa do SGA tipo *emm1*subtipo $M1_{UK}$, sendo este o subtipo mais invasivo.

Palavras-chave: Streptococcus do grupo A, Bacterémia, Sépsis, Doença invasiva

PD-104 – (23SPP-12982) – INFEÇÃO PROFUNDA DOS TECIDOS MOLES POR STREPTOCOCCUS DO GRUPO A, SEM FASCEÍTE – A PROPÓSITO DE UMA SÉRIE DE CASOS

Celina Couto[1]; Ana Pereira Lemos[1]; Lorena Stella[1]; Carolina Sobral[2]; Margarida Pinto[3]; José Melo Cristino[4]; Ana Friães[4]; Mário Ramirez[4]; Catarina Gouveia[1]

1 – Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3 – Laboratório de Microbiologia, Serviço de Patologia Clínica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 4 – Instituto de Microbiologia, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

A doença invasiva por *Streptococcus* do Grupo A (SGA), sobretudo a pneumonia com empiema, tem aumentado na Europa, não tendo sido descrito aumento das complicações supurativas. Descrevemos 3 casos de miosite e supuração persistente do tecido subcutâneo, com necessidade de terapêutica prolongada.

Uma criança de 6 anos, sexo masculino, sem história de varicela, com extensas alterações fleimonosas da parede torácica, miosite e abcesso subcutâneo, que evoluiu com deiscência da sutura cirúrgica e drenagem abundante de pus. Os outros 2 casos em crianças de 2 e 11 anos, sexo feminino, em contexto de varicela com celulite e miosite respetivamente da coxa esquerda e região dorsal, sem coleção identificável por exame de imagem. Em todos foi identificado SGA no pus (dois por cultura e um por PCR). No primeiro caso foi possível estudo molecular, sendo *emm*1, sub-linhagem $M1_{UK}$.

Em comum, apesar de imagiologicamente não serem identificadas coleções drenáveis, nem sinais de fasceíte, verificou-se drenagem abundante de conteúdo purulento durante mais de 4 semanas, com necessidade de drenagens cirúrgicas. Foram medicados com penicilina e clindamicina, seguida de amoxicilina oral. O primeiro caso cumpriu 31 dias de terapêutica no total e os outros dois mantêm-se sob antibioterapia, a realizar a sexta semana de terapêutica.

Comentários / Conclusões

Apesar das recomendações sugerirem um total de 7-10 dias de terapêutica antibiótica nas infeções da pele e tecidos moles sem fasceíte, nestes casos foi necessário desbridamento e antibioterapia prolongada, o que poderá estar relacionado com o aumento de estirpes *emm*1, mais virulentas, em especial no contexto de varicela.

Palavras-chave: Streptococcus pyogenes, Streptococcus do Grupo A, Infeções dos tecidos moles

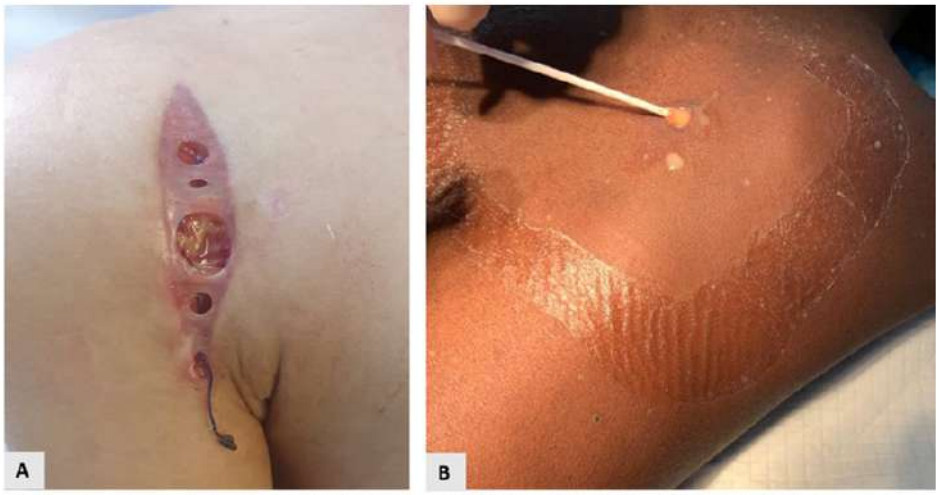


Fig.1: A – Fotografia do primeiro caso após deiscência de sutura; B – Drenagem purulenta em fotografia do terceiro caso.

PD-105 – (23SPP-12942) – INTERNAMENTOS POR GRIPE NOS ÚLTIMOS 10 ANOS: PANORAMA ANTES, DURANTE E APÓS A PANDEMIA COVID-19

Sandra Soares Cardoso[1]; Sónia Andrade Santos[1]; Eliana Morgado[1]; Jorge Rodrigues[1]; Sofia Reis[1]; Cristina Faria[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução e Objectivos

A gripe é uma infeção sazonal, frequentemente autolimitada. Nos grupos de risco, a vacinação está recomendada. O objetivo do estudo passou por caraterizar uma coorte de crianças admitidas por gripe nos últimos 10 anos.

Metodologia

Estudo observacional, retrospetivo, unicêntrico, incluindo todas as crianças e adolescentes internadas de 2013 a 2022 com identificação de vírus influenza A e B por PCR nas secreções respiratórias (SR).

Resultados

Verificaram-se 203 internamentos, com pico de número de casos em janeiro/fevereiro, idade mediana de 24 meses e duração mediana de internamento de 4 dias. No ano de 2021 não foram registados internamentos. Em 28% dos casos tinham critério para vacinação, a maioria por patologia respiratória ou neurológica. Destes, apenas 11% cumpriram a vacinação. Para além da pesquisa de vírus nas SR, 56% dos doentes realizou avaliação laboratorial com hemocultura e 38% realizou também radiografia de tórax. Os principais motivos de internamento por gripe foram hipoxemia (30%) e SDR (19%). Registaram-se complicações em 25% dos casos, a destacar 36 pneumonias bacterianas, 10 casos de miosite, 4 otites médias agudas e 1 estado de mal epilético. Associadamente à gripe, 19 casos apresentavam outro diagnóstico na admissão. Seis doentes necessitaram de admissão em cuidados intensivos (2 com patologia neurológica e 1 com patologia cardíaca; 1 vacinado). Houve 4 reinternamentos e não houve óbitos.

Conclusões

A gripe nem sempre apresenta evolução benigna. Observou-se uma baixa taxa de vacinação em crianças com fatores de risco, fundamental para diminuir complicações. As intervenções no controlo da infeção durante a pandemia justificam a ausência de internamentos no ano de 2021.

Palavras-chave: Gripe, Internamento, Complicações, COVID-19

PD-106 – (23SPP-13087) – QUANDO A DOR ABDOMINAL É O MOTIVO DA VIAGEM

Maria Lages[1]; Teresa Monteiro[1]; Inês Piscalho[1]; Luísa Gaspar[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário Do Algarve

Introdução / Descrição do Caso

Doente do sexo feminino, 14 anos, nacionalidade guineense, trazida para Portugal por dor abdominal. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de dor abdominal desde os 2 anos de idade, sem outros sintomas. O exame objetivo não apresentou alterações. Analiticamente: 43% de eosinófilos, sem outras alterações do hemograma, serologias negativas, e radiografia abdominal com gases e fezes. Teve alta para a consulta de Infecciologia: o estudo etiológico revelou anemia ferropénica (Hb 10.2 g/dL), eosinofilia (34% – 2600/uL), IgE 1360 g/L, rastreio de alergénios alimentares e inalantes positivo, 3 amostras negativas para ovos, quistos e parasitas, bacteriológico das fezes negativo e *helicobacter pylori* positivo nas fezes. O sedimento urinário teve hematúria em amostras seriadas. Colocou-se a hipótese de schistosomíase e pediu-se serologia para *schistosoma spp*, que foi negativa. Pela eosinofilia, e naturalidade da Guiné, realizou prova terapêutica com albendazol, e posteriormente com ivermectina, por provável *strongyloides stercoralis.* Foi feita erradicação de *helicobacter pylori.* Ainda assim, manteve a sintomatologia, com eosinofilia e hematúria, pelo que realizou pesquisa direta de schistosoma na urina após esforço físico, e serologias, que foram finalmente positivas para *schistosoma haematobium*. Foi tratada com praziquantel. Decorridos 3 meses, a doente apresentou-se assintomática, com perfil descendente dos eosinófilos, sem hematúria, e com nova pesquisa do parasita na urina negativa.

Comentários / Conclusões

A schistosomíase é prevalente em áreas tropicais e subtropicais, especialmente em zonas sem acesso a água potável. A migração para áreas urbanas introduz a doença em novas áreas, que não estão familiarizadas com o parasita, podendo adiar o diagnóstico.

Palavras-chave: Dor abdominal, Eosinofilia, Hematúria

PD-107 – (23SPP-13084) – CONJUNTIVITE NEONATAL: UM CASO A NÃO ESQUECER

Maria Beatriz Morais[1]; Inês Carvalho[1]; Catarina Rúbio[1]; Florbela Cunha[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Vila Franca de Xira

Introdução / Descrição do Caso

A conjuntivite neonatal tem uma prevalência entre 1 a 12%. Na maioria dos casos o prognóstico é bom, contudo quando causada por alguns agentes, sem tratamento, poderá levar ao aparecimento de queratite e ulceração, com consequente perda de visão.
Recém-nascido, sexo masculino. Gravidez vigiada, sem intercorrências. Ecografias obstétricas sem alterações descritas. Serologias do terceiro trimestre: AgHbs, VIH, VDRL negativos; toxoplasmose não imune, imune à rubéola. Pesquisa do SGB negativa. Infeção Urinária a E. coli no terceiro trimestre não tratada. Parto eutócico, termo, líquido amniótico com cheiro fétido, rotura espontânea de bolsa amniótica <18h antes do parto, índice de Apgar 10/10/10. Levado ao Serviço de Urgência com seis dias de idade por hiperémia e exsudado ocular purulento à direita, com quatro dias de evolução. À observação edema periorbitário direito exuberante com exsudado ocular purulento. Mãe nega sintomas urinários, prurido/corrimento vaginal e lesões vulvares. Analiticamente sem alterações de relevo. Hemocultura negativa. Isolado no exsudado ocular Neisseria gonorrhoeae e no painel de DST Chlamydia trachomatis. Durante o internamento, observado diariamente por Oftalmologia. Fez uma toma única de ceftriaxone, três dias de azitromicina, sete dias de gentamicina pomada oftálmica. Apresentou evolução clínica favorável, sem lesões oftálmicas.

Comentários / Conclusões

Pretendemos alertar para a importância de valorizar a conjuntivite durante o período neonatal, dado que, apesar de rara e na maioria dos casos ser uma situação benigna, alguns agentes, tal como o gonococo, pode evoluir para situações graves, com eventual cegueira. Reforçar também a necessidade de tratamento da mãe e parceiro, dado ser um potencial problema de saúde pública.

Palavras-chave: Conjuntivite Gonocócica, Recém-Nascido

PD-108 – (23SPP-13053) – EMPIEMA CEREBRAL E TROMBOSE DO SEIO VENOSO – COMPLICAÇÕES MENOS FREQUENTES DA SINUSITE BACTERIANA

João Pedro Valente[1]; Luísa Castello-Branco Ribeiro[1]; Marta Andrade[2]; Francisca Costa[1]; Paula Correia[1]; José Gonçalo Marques[2]

1 – Serviço de Pediatria (Direção: Drª Helena Cristina Loureiro), Departamento da Criança e do Jovem (Direção: Drª Graciete Bragança), Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.; 2 – Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução / Descrição do Caso

A sinusite bacteriana aguda (SBA) é comum na idade pediátrica, mas complicações intracranianas graves (CIG) como empiema cerebral e trombose do seio venoso (TSV) são raras. Apresentamos dois casos de SBA com CIG.

6 anos, internada por convulsão focal, no 3° dia de febre, tosse, rinorreia e cefaleia frontal intensa. TC-CE e SPN compatível com SBA, medicada com AAC. Em D1 internamento evidente celulite preseptal. Medicada com ceftriaxone e metronidazol. Em D5 veno-TC não excluiu TSV e iniciou enoxaparina. Isolou-se S. *salivarius* em hemocultura. Em D8 RM-CE revelou empiemas subdurais frontal direito e anterior esquerdo, sem sinais sugestivos de TSV. Boa evolução, sem indicação intervenção neurocirúrgica.

14 anos, quadro de rinorreia, febre e mialgias. Medicada no 12° dia de doença com AAC por SBA. No 14° dia agravamento com cefaleia frontal e dor ocular esquerda. No SU realizou TC-SPN: suspeita de TSV sagital superior e "alargamento do espaço extracerebral frontal anterior esquerdo", medicada com ceftriaxone, metronidazol e enoxaparina. Em D2 de internamento realizou RM-CE: empiemas frontais esquerdo e direito e TSV sagital superior. Em D4 realizou entrostomia e etmoidectomia bilateral com isolamento de S. *constellatus* e em D9 craniotomia frontal e cranialização do seio frontal. Ambos realizaram RM-CE seriadas com resolução das coleções.

Comentários / Conclusões

A clínica inespecífica da SBA atrasa o diagnóstico e o início precoce de antibioterapia. Os sintomas de CIG podem sobrepor-se aos da infeção primária, sendo necessário elevado nível de suspeição para o diagnóstico, além do apoio multidisciplinar. A TSV é uma complicação rara e quando suspeitada deve iniciar anticoagulação de imediato e manter-se até melhoria significativa ou exclusão do diagnóstico.

Palavras-chave: Sinusite Bacteriana Aguda, Empiema cerebral, Trombose do seio venoso, Complicações intracranianas graves

PD-109 – (23SPP-12987) – ANÁLISE DOS DESAFIOS EM SAÚDE DE CRIANÇAS INDÍGENAS EM DUAS TRIBOS NA AMÉRICA DO SUL E A RELAÇÃO COM INFLUÊNCIAS HISTÓRICAS

Jeferson Manoel Teixeira[1]; Luis Henrique Brito Barreto Souza[2]; Estrela Cecília Moreira De Holanda Farias[3]; Dacirlene Morais De Oliveira Ferrari[3]; Lara Azevedo Dos Santos[4]; Valdete Santos De Araújo[5]

1 – Absoulute Christian University – ACU Orlando, Flórida, Estados Unidos; 2 – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 3 – Universidade Nilton Lins; 4 – Universidade Federal do Rio de Janeiro; 5 – Universidade do Estado do Amazonas

Introdução e Objectivos

Fatores históricos continuam enraizados nos povos indígenas na América do Sul. As crianças indígenas sofrem preconceitos com estereótipos enraizados e precariedade no âmbito da saúde.
O objetivo deste estudo foi comparar as dificuldades de saúde enfrentadas por crianças indígenas até a segunda infância da Aldeia Hixkarayana no estado do Amazonas-Brasil (BR) e da Comunidade Maka, localizada em Ciudad Del Este- Paraguay (PY).

Metodologia

Estudo de coorte retrospetivo analítico observacional transversal. Na pesquisa foram explorados dados referentes aos cuidados em saúde nas crianças de ambas tribos, em 2022 e 2023.

Resultados

Vivem 234 e 507 crianças indígenas na tribo do BR e PY, respetivamente. Em ambos os países, estas crianças não têm acesso a cuidados de saúde e educação escolar, isso reflete em: prejuízo na aprendizagem e cognição, no desenvolvimento de doenças infecciosas e enfermidades que comprometem o Sistema Nervoso. Em 2022 e 2023 foi realizado análise da água que eles consomem, a mesma encontra-se contaminada e não potável. Pode-se associar à recorrência e prevalência de parasitose gastrointestinal nos dois lugares estudados. O público infantil do PY apresenta desnutrição grau I, no BR não apresentavam desnutrição, porém arboviroses são detetadas em todos os períodos do ano nos dois países. Nos países estudados, as políticas públicas específicas para os povos originários, foram sancionadas tardiamente e, na prática, infelizmente não são eficazes.

Conclusões

A população estudada não tem acesso à saúde, educação formal e são expostas a artrópodes de importância em saúde única durante todo o ano. Logo, políticas eficazes são necessárias para que a problemática que assola as crianças indígenas estudadas, seja solucionada e o marco histórico não perdure.

Palavras-chave: Saúde Indígena, Infecciologia e Pediatria, Fatores Históricos e Saúde

Figura 1- Coleta e Armazenamento de Amostras de Água para Análise

Fonte: Autor.

Tabela 1: Resultado das Análises Microbiológicas

Ano	Coliformes Totais	*E. coli*
2022	Presente	Presente
2023	Presente	Presente

Fonte: Autor

PD-110 – (23SPP-13051) – MENINGITE HERPÉTICA – A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE

Helena Ferreira[1]; Matilde Oliveira[1]; Carla Teixeira[2]; Alexandre Fernandes[2]; Sérgio Alves[1]; Laura Marques[2]; Ana Ramos[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

A infeção neonatal pelo vírus herpes simplex (HSV) tipicamente apresenta-se na 2ª/3ª semana de vida, podendo, no entanto, ocorrer nas primeiras 6 semanas de vida. A transmissão pode ser pré, peri, ou pós-natal, afetando até 0.3% dos nados-vivos.
Lactente de 37 dias, sexo feminino, observada por diminuição da atividade, um vómito alimentar e secreções oculares escassas. Objetivamente com razoável estado geral, febril (temperatura retal 38ºC), eritema conjuntival e lesões aftosas no palato. Analiticamente, PCR 22.6mg/L, sem outras alterações. Apresentou novo pico febril 4h após e agravamento clínico, com gemido em apirexia. Realizada punção lombar (PL), não traumática, que revelou proteinorraquia e glicorráquia normais e pleocitose no LCR (1490 eritrócitos/uL, 50 leucócitos/uL). Por suspeita de infeção do sistema nervoso central, iniciado tratamento com ampicilina e cefotaxima EV. Em D2, ao efetuar história clínica detalhada, constatada história de herpes labial no pai 3 semanas antes, iniciando aciclovir EV, com melhoria clínica. A pesquisa de DNA do HSV-1 foi negativa no LCR mas positiva no sangue. EEG e ressonância magnética normais, tendo repetido a PL ao 19º dia que não apresentava alterações. Cumpriu 21 dias de Aciclovir e 7 dias de ampicilina e cefotaxima EV, tendo tido alta clinicamente assintomática.

Comentários / Conclusões

A infeção pelo HSV em pequenos lactentes é transmitida pelos conviventes em até 10% dos casos. Apesar de as manifestações iniciais poderem ser subtis e inespecíficas, a infeção acarreta morbimortalidade significativas. Uma PCR negativa precoce no LCR pode estar relacionada com cópias insuficientes de DNA viral no LCR. Assim, em caso de suspeição clínica é necessário pesquisar o vírus em outros líquidos biológicos.

Palavras-chave: Meningite, Herpes Simplex

PD-111 – (23SPP-12738) – RASTREIO OPORTUNÍSTICO DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rita Vilar Queirós[1]; Catarina Pinto Da Costa[1]; Constança Magalhães[1]; Patrícia Pais[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução / Descrição do Caso

As infeções sexualmente transmissíveis (IST) apresentam uma incidência crescente, principalmente entre adolescentes. A dificuldade de acesso a cuidados de saúde da população proveniente de países subdesenvolvidos parece ter um papel importante para este aumento. Adolescente do sexo masculino, 17 anos, saudável, natural de Angola e residente em Portugal há 2 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por disúria, polaquiúria, febre não quantificada e exsudado uretral purulento. Quando questionado, referia comportamentos sexuais de risco. Realizada colheita de exsudado, com posterior isolamento de *Neisseria Gonorrhoeae*, tendo sido medicado com ceftriaxone intramuscular e azitromicina *per os*. Neste contexto, foram rastreadas outras infeções sexualmente transmissíveis (IST), com deteção de Antigénio HBs positivo e Anticorpos HBc total e HBs positivos, tendo o doente sido diagnosticado com hepatite B crónica.
Para caracterização etiológica, a mãe foi questionada, tendo negado infeção nela própria e recusado investigação. Referiu, no entanto, ter conhecimento do diagnóstico de hepatite B no filho desde os 9 anos de idade, nunca tendo tido seguimento ou orientação. O adolescente foi encaminhado para consulta de Infeciologia num Hospital Central.

Comentários / Conclusões

É reconhecida a importância da pesquisa de outras IST num doente diagnosticado com uretrite a *N. Gonorrhoeae*. Consideramos que o rastreio destas infeções, nomeadamente da Hepatite B, deveria ser alargado a crianças e adolescentes oriundos de países em que a sua prevalência é elevada. Esta pode ser uma medida importante para a deteção, tratamento precoce e evicção da sua propagação. A criação de uma consulta do migrante pediátrica permitiria implementar este rastreio.

Palavras-chave: Hepatite B, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Migrantes

PD-112 – (23SPP-12981) – BARTONELOSE HEPÁTICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Fátima Côrte Pestana[1]; Andreia Afonso[1]; Ana Paula Ornelas[1]; Graça Araújo[1]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal

Introdução / Descrição do Caso

A Doença da arranhadela do gato é a apresentação mais frequente da infeção por Bartonella henselae e cursa frequentemente com linfadenopatias regionais auto- limitadas. O envolvimento hepático em imunocompetentes é pouco habitual.

Descreve-se o caso de uma criança de 2 anos, sexo feminino, observada por febre com 15 dias de evolução, acompanhada de dor cervical direita e dor abdominal. Tinha sido medicada com cefuroxima ao 4º dia de doença por suspeita de infeção do trato urinário, não confirmada, sem resolução da febre. Ao exame objetivo apresentava gânglios cervicais posteriores palpáveis e no contexto epidemiológico destacava-se a presença de gato doméstico. Fez avaliação analítica que demonstrou leucocitose com neutrofilia, PCR 75mg/L. A ecografia do abdómen revelou fígado globoso, com múltiplos nódulos hipoecogénicos dispersos, dimensão máxima de 9mm. Colocou-se a hipótese diagnóstica de Bartonelose hepática e iniciou azitromicina e rifampicina, ficando em apirexia após 48H de antibioterapia. Do estudo etiológico destacava-se IgM Bartonella Henselae negativo e IgG positivo. Apresentou resolução ecográfica após 4 meses.

Comentários / Conclusões

O envolvimento hepático na infeção por Bartonella henselae é uma manifestaçãopouco frequente da doença. Este caso realça a importância de uma anamnese assertiva e de um exame objetivo dirigido, que permitem a suspeição clínica, fundamentais para diagnóstico e tratamento da doença.

Palavras-chave: bartonella henselae, febre

PD-113 – (23SPP-13015) – EPIDEMIOLOGIA DA VARICELA COM INTERNAMENTO NO PERÍODO PÓS-PANDEMIA COVID-19

Miguel Lince Duarte[1]; Raquel Oliveira Inácio[1]; Mariana Domingues[1]; Ana Teresa Gil[1,2]; Ana Brett[2]; Lia Gata[1,2]; Fernanda Rodrigues[1,2]

1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução e Objectivos

A varicela é uma infeção muito comum em idade pediátrica, habitualmente benigna, mas que pode originar complicações graves. A pandemia COVID-19 alterou profundamente a epidemiologia da maioria das doenças infeciosas, com redução importante da sua incidência e alteração da sazonalidade. Posteriormente, o padrão de ressurgimento variou amplamente, em amplitude e gravidade.

O objetivo deste estudo é avaliar as caraterísticas do ressurgimento da varicela com internamento no período pós-pandemia COVID-19.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo incluindo todos os internamentos por varicela (ICD9 052, 052.0, 052.1, 052.2, 052.7, 052.8, 052.9 e ICD10 B010, B0111, B0112, B012, B0182, B0189, B01), num hospital terciário, de jan10 a jun23.

Resultados

Foram hospitalizadas 183 crianças, 115 (63%) do sexo masculino, a maioria (157/183; 86%) sem fatores de risco para doença grave.

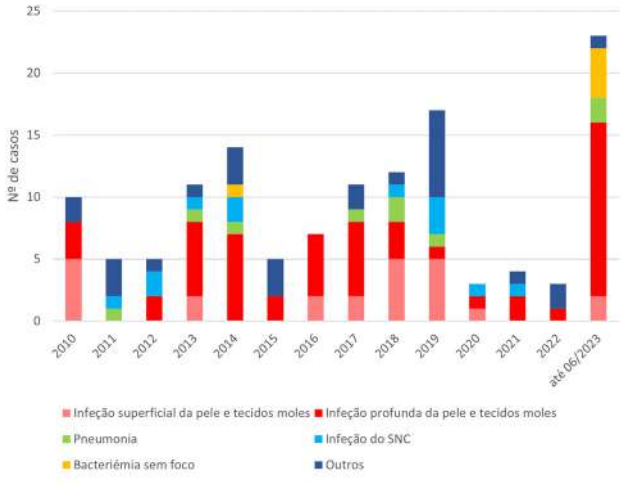
A distribuição de casos por ano e diagnóstico é apresentada na figura, destacando-se o aumento de infeções da pele e tecidos moles e de bacteriémias no 1º semestre de 2023.

A mediana de idade foi 3,0A (IQR 4,0) entre 2010-2019 e 3,5A (IQR 4,5) em 2023. A mediana da duração de internamento foi 2,0d (IQR 4,0) entre 2010-2019 e 4,5d (IQR 6,8) em 2023. Foram identificados 4 *S. pyogenes* e 2 *S. aureus* em hemocultura, 2 entre 2010-2019 e 4 em 2023. Tiveram necessidade de cuidados intensivos 5 doentes, 2 apresentaram AVC decorrente de vasculopatia e não houve óbitos.

Conclusões

A redução de internamentos por varicela durante a pandemia COVID-19 foi seguida de um aumento importante no 1º semestre de 2023, ultrapassando valores anuais da década anterior, com predomínio das infeções profundas da pele e tecidos moles, com internamentos mais prolongados e incidência mais elevada de infeção bacteriana invasiva.

Palavras-chave: Varicela, COVID-19, Internamento



PD-114 – (23SPP-13050) – LINFADENOPATIA BILATERAL – UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Bárbara Costa Correia[1]; Joana Carvalho Queirós[2]; Rita Calejo[1]; Joana Soares[1]; Carla Brandão[1]; Rosa A. Barbosa[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa;
2 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

A doença da arranhadela do gato é causada pela *Bartonella henselae* e a sua manifestação mais típica é a linfadenopatia unilateral. Criança de 4 anos, sem antecedentes de relevo. Observada por febre, odinofagia e tumefação submandibular esquerda com um dia de evolução. Contexto de contacto com gato jovem. Ao exame objetivo: tumefação submandibular esquerda (3 cm de maior diâmetro) e adenopatia cervical direita pericentimétrica. Alta medicada com Amoxicilina/Ácido Clavulânico. Regressa em D6 por manutenção da tumefação esquerda e dor local, apirexia há 4 dias. Alta com Clindamicina associada. Em D9 evidenciava aumento do volume da tumefação, tendo realizado estudo analítico (sem alterações) e ecografia (sem evidência de abcedação). Decidido internamento para antibioterapia endovenosa com associação de Azitromicina. Por agravamento dos sinais inflamatórios à esquerda em D13 de doença, transferida para drenagem pela Cirurgia Pediátrica. Melhoria gradual dos sinais inflamatórios, mantendo apirexia. Alta após 14 dias de antibioterapia endovenosa. Reavaliada em D33 por aumento da tumefação direita e dor local, também com necessidade de drenagem. Internamento para antibioterapia endovenosa (4 dias), tendo cumprido 10 dias de Flucloxacilina. Conhecimento posterior de serologia de *Bartonella henselae* IgG positiva (>1:256) e IgM negativa, exame microbiológico do conteúdo drenado negativo e estudo imunológico sem alterações.

Comentários / Conclusões

A hipótese de doença da arranhadela do gato deve ser considerada em casos de adenopatias cervicais, ainda que a apresentação bilateral não seja a mais frequente. O índice de suspeição clínica deve ser elevado, para uma história clínica, solicitação de exames complementares de diagnóstico e tratamento dirigidos.

Palavras-chave: Bartonella henselae, Doença da arranhadela do gato

PD-115 – (23SPP-12546) – MENINGITE POR HERPESVÍRUS HUMANO TIPO 6 EM RECÉM-NASCIDO: UMA MANIFESTAÇÃO A CONSIDERAR

Sofia Silva Faria[1]; Beatriz Taveira Pinto[1]; Marco Pereira[1] Georgeta Oliveira[1]; Sofia Aroso[1]

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

Introdução / Descrição do Caso

O agente mais frequente das meningites víricas na infância é o enterovírus. Os herpesvírus (1 e 2) e os paraechovírus também se encontram frequentemente associados a esta patologia. Contudo, a deteção do herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6) associado a meningite é considerada um caso raro.

Recém-nascido, sexo feminino, 11 dias de vida, recorreu ao serviço de urgência por pico febril isolado (temperatura retal 38.3ºC). Realizou rastreio séptico com 2 horas e 8 horas de febre, sem alterações de relevo, à exceção do sedimento urinário colhido por algaliação onde foram detetados 161 leucócitos/µL. Realizou ainda punção lombar, com exame citoquímico do líquido cefalorraquidiano (LCR) normal, e ficou com hemocultura, urocultura, bacteriológico e virológico do LCR em curso. Foi internada por suspeita de infeção do trato urinário e iniciou antibioterapia empírica (ampicilina e cefotaxima).

No segundo dia de antibioterapia, por surgimento de exantema maculopapular "de novo" cerca de 20 minutos após a administração da cefotaxima, suspeitou-se de uma reação alérgica a este fármaco e foi decidida a sua suspensão e iniciada gentamicina.

A hemocultura, urocultura e bacteriológico do LCR foram negativos. Por deteção do HHV-6 no exame virológico do LCR foi suspensa a antibioterapia. Teve alta com ótimo estado geral e a aguardar consulta de imunoalergologia.

Comentários / Conclusões

A infeção por HHV-6 é frequentemente subdiagnosticada pela sua clínica inespecífica e a presença de exantema súbito, uma manifestação característica da infeção por este vírus, é muitas vezes mal interpretada como uma reação alérgica. É necessário um elevado índice de suspeição para deste modo evitar tratamentos desnecessários.

Palavras-chave: meningite vírica, recém-nascido, herpesvírus humano tipo 6, exantema súbito

PD-116 – (23SPP-12601) – EDEMA BITEMPORAL NA CRIANÇA – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE INFECÇÃO PELO VÍRUS EPSTEIN-BARR: RELATO DE CASO CLÍNICO

Kátia Maurício[1]; Joana De Beir[2]; Rita Alvelos[1]; Inês Sobreira[1]; Joana Santos[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga;
2 – Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A infeção primária pelo Vírus Epstein-Barr (EBV) em crianças é comum, podendo ter afeção multiorgânica e estar associada a uma grande variedade de manifestações clínicas.

Menina, 7 anos, avaliada no Serviço de Urgência (SU) por tumefação bitemporal com 1 dia de evolução. Sem traumatismos recentes, picadas, lesões do couro cabeludo, alterações visuais ou cefaleias. Referência a odinofagia e febre autolimitadas 1 semana antes. Ao exame objetivo (EO) destacava-se tumefação mole, bitemporal, mais evidente à direita, dolorosa à palpação, sem outros sinais inflamatórios. Analiticamente apresentava linfocitose ligeira, proteína C reativa (pCr) 1.03mg/dL e velocidade de sedimentação (VS) 31mm. Teve alta medicada com anti-histamínico oral.

Regressou no dia seguinte por aumento da tumefação (figura 1) e pico febril único. Ao EO destacava-se limitação da abertura da boca por dor na região temporal, sem outras alterações. Ecografia de partes moles sem alterações e TC-CE com espessamento dos tecidos moles epicranianos parietotemporal direito, de natureza imprecisa (figura 2). Repetiu estudo analítico: VS 80mm, pCr 2,02 e esfregaço com linfócitos reativos, sem outras alterações de relevo. Teve alta medicada com ibuprofeno e anti-histamínico. Em reavaliação posterior, apresentava resolução total da tumefação. Estudo serológico revelou contacto prévio com CMV e EBV IgG e IgM positivas com EBNA IgG e EA IgG negativos, indicativo de infeção aguda por EBV.

Comentários / Conclusões

O edema bitemporal é uma apresentação bastante atípica e rara de infeção primária por EBV, com muito poucos casos previamente relatados. Pretende-se com este caso clínico alertar para a importância de considerar a infeção por EBV no diagnóstico diferencial de situações semelhantes à descrita.

Palavras-chave: VÍRUS EPSTEIN-BARR, EDEMA BITEMPORAL

Figura 1

Figura 2

PD-117 – (23SPP-12747) – OSTEOMIELITE CRÓNICA E VARICELA – HAVERÁ RELAÇÃO?

Joana Andresa Vasconcelos[1,2]; Ana Rita A. Costa[1]; Inês Melo[1]; Nuno Simões[3]; Jorge Rodrigues[1]; Joaquina Antunes[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela Viseu;
2 – Hospital Dona Estefânia, CHULC; 3 – Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Tondela Viseu

Introdução / Descrição do Caso

A varicela é uma das doenças exantemáticas mais frequentes da infância, habitualmente autolimitada. A complicação mais frequente é a sobreinfeção bacteriana das lesões. Complicações osteoarticulares são raras, sendo a osteomielite descrita em menos de 1% dos casos. A principal via de disseminação é a hematogénica, sendo o agente etiológico mais frequente o Staphylococcus aureus.
10 anos, previamente saudável, sem imunizações prévias, com quadro de dermatite, dor e edema do 3º dedo da mão direita com flexo com 3 semanas de evolução, sem febre. História de varicela prévia ao quadro. Tinha cumprido 1 semana de flucloxacilina oral por celulite do dedo. Radiografia dos dedos revelou epifisiólise, luxação da IFD e lesão lítica distal F2D3 (com sequestro ósseo sugestivo de osteomielite crónica) e avaliação analítica sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Internado sob antibioterapia endovenosa com flucloxacilina e clindamicina. Em D6 de internamento, realizada limpeza e biópsia excisional dos segmentos suspeitos. Hemoculturas e culturas intraoperatórias e PCR Kingella kingae negativas. Diagnóstico anátomo-patológico com características histomorfológicas de osteomielite crónica. Cumpriu 14 dias de antibioterapia endovenosa e teve alta sob antibioterapia até perfazer 5 semanas. Realizada colocação de enxerto autólogo, em segundo tempo operatório, sem intercorrências.

Comentários / Conclusões

Relatamos um caso de varicela complicada com osteomielite para relembrar uma complicação rara e potencialmente grave de uma doença pediátrica muito comum.

Palavras-chave: Osteomielite, Varicela

PD-118 – (23SPP-12536) – ARTRITE SÉPTICA – UMA SÉRIE DE CASOS

Gonçalo Passos Croca[1]; Catarina Mendonça[1]; Teresa Magalhães[1]; Maria Inês Brito[1]; Anabela Bicho[1]; Bárbara Marques[1]

1 – Centro Hospitalar do Oeste

Introdução / Descrição do Caso

A artrite séptica é uma monoartrite localizada preferencialmente ao nível da anca ou joelho. É caracterizada por incapacidade funcional, sinais inflamatórios e febre. Os critérios de Kocher são a base do diagnóstico. A ecografia é fundamental na caracterização do derrame. A drenagem articular e antibiótico surgem como base do tratamento. Menino de 23 meses, recorreu à urgência por febre e claudicação da marcha à direita com 4 dias de evolução. Laboratorialmente com leucocitose (13100/uL), PCR:5.9mg/dL e VS:118mm/h. Transferido para hospital central por suspeita de artrite séptica da anca, confirmada com necessidade de internamento e terapêutica com amoxicilina + ácido-clavulânico. Menino de 8 meses, recorreu à urgência por limitação da mobilidade da perna direita com 3 dias de evolução, sem outros sintomas. Posição preferencial com flexão e rotação lateral da coxa direita ao exame objetivo. Três dias depois com febre e manutenção das queixas. Sem alterações laboratoriais. Transferido para hospital central para realização de ecografia. Internado por artrite séptica da anca complicada com osteomielite e miosite com realização de artroscopia e terapêutica com cefuroxime. Menina de 7 anos, recorreu à urgência por dor intensa no membro inferior direito com despertar noturno e incapacidade para a marcha no próprio dia. Sem alterações laboratoriais, foi transferida para observação por Ortopedia pediátrica. Primeiro pico febril à admissão, tendo realizado ecografia com evidência de derrame articular da anca, com necessidade de drenagem e instituição de flucloxacilina.

Comentários / Conclusões

Esta série de casos pretende demonstrar a variabilidade de apresentação da artrite séptica da anca. A suspeita clínica é fundamental, de forma a instituir tratamento precoce.

Palavras-chave: Artrite Séptica

PD-119 – (23SPP-12715) – MAIS QUE UMA ARTRITE SÉPTICA: UMA KINGELLA POUCO COMUM

Ana Catarina Rosa[1]; Mafalda Sousa Cardoso[1]; Maria Inês Soares[1]; Ana Margalha Miranda[1]; Tânia Medo[1]; Isabel Pereira[1]; Olga Tkachuk[1]; Marta Nicolau[1]; Cláudia Ferreira[1]

1 – Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

A *Kingella kingae* (K.k) é uma causa cada vez mais reconhecida de artrite séptica (AS). É um bacilo gram-negativo de difícil crescimento em meio de cultura e, em geral, apresenta um antibiograma (TSA) com amplo espetro de sensibilidade.

Criança de 2 anos, do sexo masculino, sem antecedentes relevantes e vacinas atualizadas, sem vacinas extra-programa. Recorre ao Serviço de Urgência por quadro de agravamento progressivo com 3 dias de evolução caracterizado por gonalgia e edema do joelho esquerdo (JE), que impossibilitava a marcha. Negados febre e trauma. Exame objetivo com tumefação do JE, com sinal de choque de rótula positivo e limitação na extensão. Radiografia do JE sem alterações. Realizada artrocentese com saída de líquido sinovial (LS) turvo. Exame citoquímico do LS inviabilizado por amostra purulenta. Analiticamente leucocitose com neutrofilia (leucócitos 14210/mm3 e neutrófilos 52%) e pCr 13,4 mg/dL. Hemocultura (HC) negativa. Internado com diagnóstico de AS e medicado empiricamente com cefuroxime endovenoso (EV). Em D4 de internamento submetido a lavagem articular por agravamento clínico. Em D9 deteção de bacilo gram-negativo, do 1º LS inoculado em frasco de HC, com TSA sensível a ceftriaxone, ciprofloxacina, levofloxacina e tetraciclina e resistente a cefuroxime, penicilina, eritromicina, meropenem, cefotaxime e co-trimoxazol. 1º LS com PCR positiva para K.k. Alterada antibioterapia para ceftriaxone EV com melhoria clínica e analítica 48 horas a sua instituição.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico cultural de K.k continua a ser um desafio, que parece ser facilitado pelo uso de técnicas de diagnóstico molecular. Neste caso, o TSA incomum permitiu o ajuste da antibioterapia, com resolução da infeção.

Palavras-chave: artrite séptica, Kingella kingae, diagnóstico molecular

PD-120 – (23SPP-12638) – EXANTEMA MICROPAPULAR EM LACTENTE. SERÁ ESCARLATINA?

Catarina Mendonça[1]; Gonçalo Passos Croca[1]; Joana Pereira[1]; Bárbara Marques[1]; João Neves[2]

1 – Centro Hospitalar do Oeste – Caldas da Rainha; 2 – Centro Hospitalar do Médio Tejo – Abrantes

Introdução / Descrição do Caso

A amigdalite aguda, predominante em idade escolar (5-15 anos), é maioritariamente viral. O agente bacteriano mais frequente é o Streptococcus β–hemolítico do grupo A(EβGA). Manifesta-se mais comummente por febre alta, vómitos e odinofagia, associados a hiperémia orofaríngea. Em crianças com menos de três anos a clínica é inespecífica, como febre baixa ou recusa alimentar. Uma das complicações não supurativas associadas é a escarlatina, que ocorre devido a uma reação cutânea tardia por toxinas. O tratamento de primeira linha é a amoxicilina oral ou a penicilina G benzatínica.
Lactente de 8 meses, sexo feminino, com antecedentes de prematuridade e extremo baixo peso. Recorreu à Urgência de Pediatria por exantema eritematoso na face, tronco e membros com 4 horas de evolução, recusa alimentar parcial e um episódio de vómito. Referência a maior irritabilidade. Negava contexto epidemiológico. Negava febre, dejeções diarreicas ou outra sintomatologia acompanhante.
Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, discreta hiperémia orofaríngea, sem exsudado amigdalino, e exantema micropapular rugoso, escarlatiniforme, na face, tronco e membros, com linhas de Pastia visíveis na região axilar. Hemangioma abdominal. Sem outras alterações. Dada a clínica sugestiva de escarlatina, foi realizado um teste rápido de pesquisa de antigénios do EβGA com resultado positivo, confirmando o diagnóstico de amigdalite estreptocócica aguda e escarlatina. Alta medicada com amoxicilina oral.

Comentários / Conclusões

Apesar de pouco frequente em crianças abaixo dos 5 anos, a escarlatina pode ocorrer em qualquer idade. Assim, é importante para o pediatra geral estar atento às manifestações clínicas típicas, de forma a realizar um diagnóstico correto e a instituir terapêutica dirigida.

Palavras-chave: Escarlatina; amigdalite estreptocócica; Streptococcus β–hemolítico do grupo A

PD-121 – (23SPP-12711) – CONJUNTIVITE NEONATAL MUITO PURULENTA – SERÁ GONOCÓCICA?

Catarina Albuquerque[1]; Marta Figueiredo[1]; Liliana Franco[1]; Rita Belo Morais[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução / Descrição do Caso

Na conjuntivite aguda neonatal, os agentes sexualmente transmissíveis (ST) devem ser considerados, dada a sua potencial gravidade e sequelas a longo prazo. Contudo, a incidência destes agentes tem diminuído, com emergência de outros.
Recém-nascido de 5 dias, observado no Serviço de Urgência por exsudado ocular purulento abundante bilateral. Gestação de termo, vigiada, com serologias maternas adequadas e parto hospitalar, vaginal por ventosa, com peso adequado à idade gestacional.
Não foi administrada profilaxia antibiótica ocular após o parto.
Dois dias após o nascimento, inicia exsudado purulento bilateral de agravamento progressivo associado a edema palpebral, sem febre ou outra sintomatologia. À observação, apresentava eritema palpebral, exsudado purulento abundante e hiperemia conjuntival bilateralmente. Realizou avaliação analítica, hemocultura e colheita de exsudado conjuntival. Iniciou empiricamente cefotaxima endovenosa, azitromicina oral e tópica. A pesquisa de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (PCR) foi negativa e o exame bacteriológico do exsudado conjuntival foi positivo para *Escherichia coli*. Cumpriu 7 dias de gentamicina tópica dirigida, com resolução clínica e sem complicações.

Comentários / Conclusões

A exuberância clínica pode ser sugestiva do agente envolvido, orientando a antibioticoterapia empírica. Nesta faixa etária, pelo potencial risco de doença mais grave e pela emergência de outras bactérias que podem implicar ajuste terapêutico, torna-se importante o exame cultural e pesquisa de agentes ST no exsudado conjuntival. Documenta-se um caso com evolução favorável sob tratamento tópico, em que a identificação do agente evitou antibioticoterapia sistémica e internamento mais prolongado.

Palavras-chave: conjuntivite aguda, recém-nascido

PD-122 – (23SPP-12573) – VARICELA NEONATAL: QUANDO TRATAR?

Beatriz Falcão Cardoso[1]; Rita Calejo[2]; Beatriz Craveiro Nunes[2]; Rosa Barbosa[2]; Carla Brandão[2]

1 – Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

A varicela neonatal (VNN) é incomum, mas está associada a 30% de mortalidade. Existem formas ligeiras e graves imunocomprometido-like (pneumonia, hepatite grave, meningoencefalite, trombocitopenia). O diagnóstico é clínico, mas pode implicar estudo adicional. Pior prognóstico está associado a prematuridade, PN <1000g e/ou infeção materna 5 dias antes ou até 2 dias após o parto Estes têm indicação para profilaxia pós-exposição com VZIG. Nas formas graves está indicado aciclovir ev. Nas formas ligeiras não existe consenso, com alguns autores a ponderar fatores como o timing, IG, status serológico da mãe e clínica na tomada de decisão. O objetivo deste caso é recordar as indicações para a terapêutica dirigida na VNN.
RN 22 ddv, sexo masculino. Antecedentes irrelevantes. Ida ao SU por erupção cutânea vesicular generalizada com 1 dia de evolução; sem outras queixas. Pai (convivente) com diagnóstico de varicela durante a primeira semana de vida do RN e mãe com história prévia de varicela na infância. Ao exame objetivo, de realçar raras vesículas localizadas ao couro cabeludo e membros inferiores. Colheu estudo analítico (neutropenia grave, sem trombocitopenia, sem atingimento hepático, PCR <5mg/L) e optou-se pelo internamento sob aciclovir ev 30mg/Kg/dia 3id. Sem registo de intercorrências durante o internamento. Alta após completar 5 dias de terapêutica ev, sem novas lesões há mais de 48 horas.

Comentários / Conclusões

A VNN pode ser fatal. Embora existam indicações claras para o tratamento dirigido, para as formas ligeiras sem fatores de risco identificados não existe consenso. Neste caso, sem fatores de risco identificados e com história prévia de varicela materna, optou-se por instituir terapêutica que foi eficaz e sem complicações associadas.

Palavras-chave: Varicela Neonatal, Terapêutica, Profilaxia

PD-123 – (23SPP-12574) – VARICELA ASSOCIADA A INFEÇÕES DA PELE E TECIDOS MOLES: UMA SÉRIE DE CASOS

Beatriz Falcão Cardoso[1]; Bárbara Barros[2]; Beatriz Craveiro Nunes[2]; Débora Matias[2]; Fábio Pereira[2]; Joana Baptista De Lima[3]; Lucília Vieira[2]; Joaquim Cunha[2]; Rosa Barbosa[2]; Carla Brandão[2]

1 – Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 3 – Serviço de Pediatria, Departamento da Infância e Adolescência, Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso

Introdução / Descrição do Caso

A varicela é uma infeção muito comum em pediatria. O diagnóstico baseia-se no exantema característico e contexto epidemiológico. Na maioria dos casos, o tratamento da varicela não-complicada é sintomático. Existem alguns fatores de risco para doença grave ou complicada: idade inferior a 6 meses ou superior a 12 anos, segundos casos no domicílio, imunossupressão, doença cutânea ou pulmonar crónica e terapêutica crónica com corticóides ou salicilatos. Podem existir complicações: infeção da pele e tecidos moles (a mais frequente), meningoencefalite, síndrome de Reye, pneumonia, hepatite e otite. O tratamento das complicações deve ser dirigido, com eventual associação de aciclovir, de acordo com a gravidade e o timing da apresentação. O objetivo deste trabalho é relembrar as principais complicações e alertar para a importância do tratamento atempado e eficaz.
Neste trabalho descrevem-se 5 casos de varicela complicada: um caso de impétigo e celulite toracodorsal extensa numa criança, segundo caso no domicílio; um caso de celulite torácica anterior numa criança medicada com corticóide inalado; um caso de uma lactente (segundo caso no domicílio) com varicela complicada com 2 abcessos da parede abdominal; um caso de uma criança com varicela complicada com impétigo e ulceração do pé; e, um caso de uma criança com abcesso retroauricular com ponto de partida em lesão de varicela.

Comentários / Conclusões

Embora a varicela seja, na sua maioria, uma doença benigna e autolimitada é importante relembrar que as complicações existem e podem ser graves. O tratamento da varicela complicada deve ser iniciado o mais precocemente possível de modo a reduzir a morbimortalidade associada, sendo da máxima importância a explicação de sinais de alarme aos cuidadores.

Palavras-chave: Varicela, Infeções da Pele e Tecidos Moles

PD-124 – (23SPP-12654) – HERPES ZÓSTER: ENTIDADE RARA EM IDADE PEDIÁTRICA

Bárbara Abreu Barros[1]; Manuel Lima Ferreira[1]; Filipa Miranda[1]; Tiago Branco[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

Herpes zóster (HZ) ocorre pela reativação do vírus varicela-zóster (VVZ) que permanece latente na raiz dorsal dos gânglios sensoriais após infeção primária por VVZ (varicela). Clinicamente caracteriza-se por uma erupção vesicular, unilateral e dolorosa, normalmente com atingimento de um ou dois dermátomos contíguos.

Criança de 7 anos, sexo feminino, observada no Serviço de Urgência por lesões papulo-vesiculares eritematosas com 24 horas de evolução, "em *patch*", localizadas aos dermátomos T8-T10 na região abdominal direita (figura 1), associadas a queixas álgicas ligeiras, sem febre e sem prurido, compatíveis com Herpes Zóster. Foi medicada com aciclovir durante 7 dias, com indicação para reavaliação no fim da terapêutica. No momento da reavaliação, com resolução quase completa da sintomatologia, evidente melhoria das lesões, a sua maioria em crosta, minoria em vesícula. Trata-se de uma criança imunocompetente, sem fatores de risco, sem internamentos prévios, destaca-se apenas infeção primária por VVZ, varicela, aos 9 meses de idade.

Comentários / Conclusões

A reativação do VVZ sob a forma HZ é uma entidade rara em pediatria, principalmente em crianças imunocompetentes, havendo aumento do risco se houver infeção por varicela no 1º ano de vida, tal como demonstrado neste caso, ou se houver algum estado de imunossupressão, induzido por doença ou por fármacos. O Herpes zóster geralmente cursa com queixas álgicas ligeiras e tem bom prognóstico mediante terapêutica adequada em crianças imunocompetentes.

Palavras-chave: herpes, zóster, criança, imunocompetente

PD-125 – (23SPP-12698) – CASO CLÍNICO – UMA COMPLICAÇÃO RARA DA INFEÇÃO POR SGA

Francisca Lopes[1]; Ana Bandeira[1]; Ana João Fernandes[2]; Paulo Teixeira[1]; Sónia Carvalho[1]; Francisco Oliveira[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Ave; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 3 – Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução / Descrição do Caso

Angina de Ludwig (AL) é a celulite do pavimento da cavidade oral que habitualmente ocorre por disseminação de infeção no 2º ou 3º dentes molares. Caracteriza-se pelo potencial de evolução rápida para obstrução da via aérea. A sua etiologia é tipicamente polimicrobiana, existindo na literatura poucos casos a descrever o Streptococcus Pyogenes (SGA) como agente etiológico.

Apresenta-se o caso clínico de adolescente de 16 anos, sexo masculino, que recorreu ao Serviço de Urgência por história de febre com 3 dias de evolução, tumefação submentoniana dolorosa com aumento progressivo, trismo, odinofagia e disfagia. Objetivamente com lesão herpética no lábio inferior sem sinais de sobreinfeção e tumefação submentoniana com 2 cm de diâmetro, dura e dolorosa. Orofaringe sem alterações. Sem sinais de dificuldade respiratória.

Do estudo realizado a destacar: pesquisa do antigénio SGA na orofaringe negativa, hemocultura estéril, serologias VHS 1 positivas, TC a evidenciar celulite do pavimento oral e coleção abcedada, sem alterações odontogênicas. Foi efectuada drenagem do abcesso com isolamento de SGA.

Sob terapêutica endovenosa com Amoxicilina/Ácido Clavulânico, Clindamicina e Metilprednisolona com melhoria significativa. Foi assumido o diagnóstico de AL por SGA.

Comentários / Conclusões

A AL é uma emergência médica e requer reconhecimento e intervenção rápidas e adequadas. Neste caso, por ausência de comorbilidades e início de antibioterapia, verificou-se boa evolução clínica.

Atualmente, observa-se um aumento das infeções e complicações por SGA. Assim, é importante reconhecer esta condição e tratar adequadamente para evitar uma evolução desfavorável.

Palavras-chave: Angina de Ludwig, Celulite, Streptococcus Pyogenes

PD-126 – (23SPP-12732) – DUAS INFEÇÕES, O MESMO AGENTE

Adriano Pereira[1]; Ana Bandeira Santos[1]; Ângela Machado[1]; Clara Vieira[1]

1 – Centro Hospitalar do Médio Ave

Introdução / Descrição do Caso

O Streptococcus pyogenes (SP), um Streptococcus grupo A, é um dos agentes mais frequentes em pediatria, em casos de amigdalite aguda, infeções cutâneas, entre outras. O tratamento varia consoante o local da infeção e clínica associada. O aumento da frequência e gravidade das infeções coloca-nos em alerta para este agente.

Criança de 8 anos, do sexo masculino, com antecedentes pessoais de eczema disidrótico, observada no serviço de urgência por odinofagia com 2 dias de evolução associada a lesões pruriginosas em ambas as mãos desde há 1 semana. Sem febre ou outra sintomatologia.

Ao exame objetivo, apresentava enantema oral com uvulite e rubor amigdalino e eczema disidrótico nas mãos bilateralmente, com presença de pústulas interdigitais à direita. Sem outras particularidades. Realizou teste diagnóstico antigénico rápido após colheita por zaragatoa na orofaringe, que resultou positivo, e exame microbiológico (EM) do conteúdo das pústulas. Teve alta com amoxicilina oral, com melhoria progressiva da sintomatologia. Posteriormente, identificação de SP no EM, sensível às penicilinas.

Comentários / Conclusões

Os autores pretenderam com este caso consciencializar sobre a versatilidade de um agente como o SP, capaz de provocar infeções simultâneas, em diferentes locais, no mesmo indivíduo. Além disso, lesões cutâneas com quebra da barreira da pele têm maior risco de sobreinfeção por este agente. A sua identificação e tratamento atempados assumem grande importância para evitar a progressão potencial para infeção bacteriana invasiva, bem com sequelas tardias não supurativas.

Palavras-chave: Amigdalite aguda, Streptococcus pyogenes, Streptococcus grupo A, Sobreinfeção, Pediatria

PD-127 – (23SPP-12695) – UMA VERDADEIRA DOR DE CABEÇA: A IMPORTÂNCIA DOS SINAIS DE ALARME

Maria Limbert[1]; Joana Jonet[1]; Francisca Almeida Amaral[1]

1 – Hospital de Cascais

Introdução / Descrição do Caso

A cefaleia é uma queixa frequente em pediatria e motivo frequente de recurso ao serviço de urgência (SU). Pode ser de causa primária ou secundária, surgindo neste caso como sinal de outra patologia. A maior preocupação na sua avaliação é a exclusão de tumor cerebral, ainda que seja uma causa pouco frequente de cefaleia.

Rapaz de 15 anos, recorre ao SU por cefaleia parietal esquerda com 5 dias de evolução, com despertar matinal e vómito no dia da admissão. Sem alterações no exame objetivo. Apesar da curta duração dos sintomas, considerando os sinais de alarme presentes, realizou TC crânio-encefálica que revelou lesão ocupante de espaço intra-axial, com 4cm de maior eixo, exercendo efeito de massa local. Transferido para hospital terciário para realização de RMN e remoção macroscópica da lesão no dia seguinte, resultando em afasia global com recuperação lenta e parcial. Foi transferido para o IPO, onde se confirmou o diagnóstico de glioma de alto grau, com prognóstico muito reservado.

Comentários / Conclusões

A cefaleia secundária mais frequente em pediatria deve-se a causas infeciosas. No entanto, perante sinais de alarme, é mandatória a exclusão de tumor cerebral, o tumor sólido mais comum em pediatria. Nestes casos, classicamente a cefaleia apresenta evolução crónica e progressiva, ao contrário do nosso caso, associada a sintomas sugestivos de hipertensão intracraniana, o sinal de alarme que motivou investigação subsequente. Na maioria das vezes, a valorização dos sinais de alarme permite a deteção e abordagem terapêutica atempada, frequentemente com melhoria do prognóstico. No entanto, neste caso foi identificado um glioma de alto grau, um tumor maligno primário do sistema nervoso central, com crescimento rápido e alta mortalidade.

Palavras-chave: Cefaleia secundária, sinais de alarme, tumor cerebral

PD-128 – (23SPP-12765) – SÍNDROMA DE GUILLAIN-BARRÉ: UMA VARIANTE RARA

Teresa Miranda[1]; Ricardo Craveiro Costa[1,2]; Marta Correia[1]; Mariana Nogueira[1]; Pedro Flores[1]; José Carlos Ferreira[1]; Hugo Faria[1]

1 – Hospital Cuf Descobertas; 2 – Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A síndroma de Guillain-Barré é uma polineuropatia periférica autoimune, que cursa com fraqueza muscular generalizada e pode colocar a vida em risco, sendo importante identificá-la atempadamente. Para além da variante clássica, estão descritas outras mais raras, como as formas axonais e a síndroma de Miller-Fisher, de prognóstico variável.

Rapaz de 12 anos, saudável, trazido à urgência (SU) por fraqueza muscular, cervicodorsalgia e vómitos com 1 semana de evolução. Tinha estado internado noutro hospital de D4-D6 de doença, onde realizou avaliação analítica, TC-CE e pescoço, e punção lombar [PL] – sem alterações. Por aparecimento de dificuldade na marcha, disfagia para líquidos e alteração da voz, foi internado no nosso hospital. Encontrava-se prostrado, com discurso lentificado e voz hipernasal. Tinha mialgia deltóide, com limitação da mobilidade cervical e trismus. A força muscular estava diminuída e tinha hiporreflexia. Repetiu análises (sem alterações), PL com hiperproteinorráquia (309 mg/dL), com celularidade normal, RMN-CE e medular: realce de sinal pós-gadolínio das raízes lombares nos seus trajectos intra-saculares, sugerindo Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Anticorpos anti-gangliosídeos séricos negativos. Admitiu-se variante de SGB e fez imunoglobulina endovenosa, com melhoria progressiva.

Comentários / Conclusões

Pretendemos chamar a atenção desta variante rara da SGB, com envolvimento de vários pares cranianos e das funções motoras, salientando a necessidade de vigilância e tratamento precoce, de modo a otimizar a recuperação e o prognóstico.

Palavras-chave: Guillain-Barré, variante rara, apresentação atípica

PD-129 – (23SPP-12881) – ALTERAÇÕES VISUAIS EM IDADE PEDIÁTRICA – UMA ENTIDADE A VALORIZAR

Sara Alves Araújo[1]; Inês Almeida[2]; Joana Carvalho Martins[3]; Joana Lorenzo[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; 2 – Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; 3 – Serviço de Pediatria e Neonatologia do Centro Materno-Infantil do Norte

Introdução / Descrição do Caso

As alterações visuais em idade pediátrica são tipicamente inespecíficas e difíceis de contextualizar. Podem corresponder a situações benignas e transitórias, ou complexas e de natureza degenerativa, alertando-nos para a importância da sua valorização.

Criança do sexo masculino, 6 anos, previamente acompanhado em consulta de Oftalmologia por história familiar de albinismo e glaucoma. Levado ao serviço de urgência por cefaleia frontal, vespertina, com 2 semanas de evolução, associada a 2 episódios de visão turva. Nasofaringite aguda previamente ao início do quadro. Exame objetivo, incluindo exame neurológico sumário, normal e TC crânio-encefálica sem alterações. Observado por oftalmologia e neurologia, apresentando perda setorial da camada de fibras nervosas da retina e células ganglionares a nível do olho esquerdo, suspeitas de nevrite ótica. Admitido em internamento, mantendo alterações visuais ocasionais. RMN cerebral a comprovar assimetria dos nervos óticos, com atrofia à esquerda, sem outras alterações. Punção lombar com exame citoquímico sem alterações, auto-anticorpos negativos e bandas oligoclonais normais. Estudo genético sem identificação de variantes patogénicas para neuropatia hereditária. Atualmente em seguimento multidisciplinar por suspeita de alterações sequelares a nevrite, mantendo episódios ocasionais de cefaleia e visão turva.

Comentários / Conclusões

A atrofia do nervo ótico é uma anomalia adquirida e permanente, de etiologia variável (isquémica, inflamatória, entre outros). A ausência de alterações no estudo complementar sugere uma sequela de nevrite ótica idiopática/pós-viral. O potencial de recuperação visual é variável, sendo a avaliação seriada da acuidade visual fundamental para determinar intervenções e prognóstico.

Palavras-chave: Cefaleia, Alteração Visual

PD-130 – (23SPP-12754) – HIPERGLICINÉMIA NÃO CETÓTICA – FORMA ATENUADA

Rui Diogo[1]; Mariana M. Anjos[1]; Constança Santos[1]; Joana Almeida[1]; Sara Ferreira[2]; Luísa Diogo[2]; Cristina Pereira[1,3]

1 – Neuropediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra; 2 – Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra e MetabERN; 3 – Centro de Referência de Epilepsia Refratária do CHUC e Rede Europeia EpiCare

Introdução / Descrição do Caso

A hiperglicinémia não cetótica (NKH) é uma doença genética, autossómica recessiva, por defeito no complexo enzimático de clivagem da glicina (GCS). A glicina (Gly) é um neurotransmissor inibidor no tronco cerebral e medula, tendo um efeito excitatório, ao ativar os recetores NMDA no córtex cerebral. Na forma atenuada da NKH existem progressos psicomotores, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) é comum e a epilepsia é tratável.

♂ 8 anos natural do Brasil, em Portugal há 1 ano, com PHDA e perturbação do desenvolvimento intelectual (WISC-IV com QIT 58). Aos 21 meses primeira crise tónico-clónico generalizada com febre durante o sono, tem crise semelhante aos 26 meses e inicia valproato de sódio (VPA). Nova crise aos 3 anos. Aos 5 anos suspende VPA e 2 meses depois tem estado de mal epiléptico (40 min) com febre, tendo retomado VPA. Aos 6 anos: RM-CE normal e EEG- atividade paroxística na região central e envolvimento temporal direito. Exoma em trio- c.2474G>A (p.Gly825Asp) e deleção dos exões 9 a 15, em heterozigotia composta no gene *GLDC* (codifica a proteína P do GCS), compatível com NKH. Aminoácidos plasmáticos – hiperglicinémia isolada 1208 umol/L (138-349). Foi suspenso o VPA e iniciou levetiracetam e benzoato de sódio, com descida da Gly para 242 umol/L. Último doseamento – Gly 447 umol/L (dificuldades na toma do benzoato). Aos 7 anos e 9 meses nível funcional de 4 anos e 3 meses (escala de Vineland); sem crises e EEG- atividade paroxística centroparietal direita.

Comentários / Conclusões

Destaca-se a raridade da forma atenuada da NKH e a importância do diagnóstico correto. Este é fundamental para a orientação terapêutica (o VPA inibe o GCS; o benzoato baixa a glicina, embora a sua eficácia seja reduzida) e o aconselhamento familiar.

Palavras-chave: Hiperglicinémia não cetótica, Atenuada, Convulsões, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Benzoato de sódio

PD-131 – (23SPP-12930) – HOLOPROSENCEFALIA, UM DESAFIO CLÍNICO E COMPLEXO

Leonor Cardoso[1]; Filipa Sutre[2]; Francisca Galhardo[3]; Patrícia Dias[4]; Luísa Raimundo[5]; Andreia Amorim[6]; José Paulo Monteiro[7]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã, Portugal; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal; 3 – Serviço de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal; 4 – Serviço de Genética Médica, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 5 – Serviço de Endocrinologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; 6 – Serviço de Neurocirurgia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal; 7 – Serviço de Pediatria, Neuropediatria, Centro do Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

A holoprosencefalia é uma malformação congénita com separação incompleta dos hemisférios cerebrais, associando-se a alterações estruturais da linha média. Representa uma das malformações cerebrais mais comuns in útero (1:250). Rapaz de 9 anos com diagnóstico pré-natal de hidrocefalia às 21 semanas. Mãe com antecedentes de abortos espontâneos. Realizou ressonância magnética nuclear crânio-encefálica (RMN-CE) no período neonatal que revelou ventriculomegalia supratentorial difusa, foi colocado shunt ventriculoperitoneal aos 13 dias de vida. Primeira crise convulsiva aos 18 meses (com glicémia 29 mg/dl), foi medicado com carbamazepina. Repetiu RMN-CE aos 20 meses, com aspetos compatíveis com forma *minor* de holoprosencefalia. Estudo genético revelou duplicação intersticial e translocação desequilibrada do braço longo cromossoma 21 (21q22.3). Com cinco anos nova crise convulsiva, documentando-se hipotiroidismo, hipoglicémia e hipocortisolismo, iniciou terapêutica com levotiroxina, hormona de crescimento e hidrocortisona, suspendendo com 6 anos a carbamazepina. Atualmente com 9 anos, não voltou a ter crises, tem marcha autónoma, linguagem pobre e perseverante, compreende ordens simples, lentificação global, ainda não consegue ler nem escrever, mantendo apoios educativos e de reabilitação.

Comentários / Conclusões

A holoprosencefalia apresenta um espectro clínico variável com formas graves letais no período neonatal até formas mais ligeiras, com sobrevida prolongada, como neste caso. Destacamos a difícil definição do prognóstico, bem como a importância do seguimento prolongado multidisciplinar desta patologia complexa. Alertamos ainda para a importância de orientar e tratar as crises convulsivas, que neste contexto malformativo podem ter diversas etiologias.

Palavras-chave: Holoprosencefalia, Malformação congénita, Atraso desenvolvimento psicomotor, Seguimento multidisciplinar

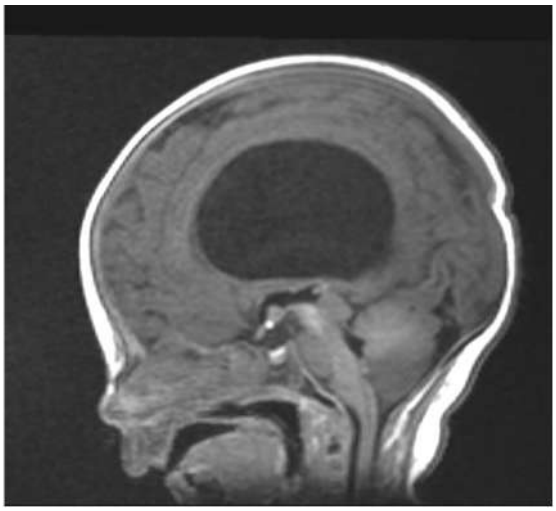


Figura 1: RMN-CE com sequência axial em T1 3D com reconstrução sagital, no período neonatal precoce, revelando dilatação difusa dos ventrículos laterais, sem dilatação significativa do 3º ventrículo, e estenose aquedutal. Padrão de mielinização adequado ao grupo etário. Sinal hiperintenso ao nível da neurohipófise.

PD-132 – (23SPP-12880) – O DESAFIO DA IMAGEM CEREBRAL NAS CRISES NEONATAIS – CASUÍSTICA DE UM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO

Inês Silva Costa[1]; Sílvia Reigada[2]; Constança Santos[3]; Joana Ribeiro[3]; Filipe Palavra[3]; Joana Amaral[3]; Cristina Pereira[3]; Rui Pedro Pais[2]; Conceição Robalo[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 – Unidade Funcional de Neurorradiologia, Servico de Imagem Médica, Centro Hospital e Universitário de Coimbra; 3 – Serviço de Neuropediatria, Centro de Desenvolvimento da Criança, Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução e Objectivos

As crises neonatais têm uma incidência de 1-5/1000 recém-nascidos (RN). A sua clínica e características imagiológicas constituem um desafio, pelo grande espectro de causas etiológicas subjacentes. O objetivo deste estudo é caraterizar clínica e imagiologicamente as crises neonatais registadas ao longo de 5 anos, num hospital terciário.

Metodologia

Foi realizada uma análise retrospetiva de dados clínicos, neurofisiológicos e imagiológicos de todos os recém-nascidos com crises neonatais com tradução eletroencefalográfica, entre 2010 e 2015, considerando um follow-up mínimo de 7 anos.

Resultados

Durante o período em estudo registámos 85RN com crises neonatais, 87,0% nas primeiras 48 horas de vida. Realizaram Ressonância Magnética(RM) 87,0% dos doentes, 63,5% nos primeiros 7 dias de vida. Deste total, em 83,8% foram identificados achados patológicos, entre eles: Encefalopatia Hipoxico-isquémica (79,7%), AVC isquémico (6,8%), suspeita de doença metabólica (2,7%). A restrição à difusão dos núcleos da base foi um achado associado a pior *outcome* neurológico(p=0,008).

A reavaliação por RM foi feita em 32RN, sendo que 7 não demonstraram alterações, tratando-se todos eles de RN com primeira neuroimagem sem fenómenos de restrição à difusão. Dois RN apresentaram achados patológicos, após primeira RM normal.

No follow-up, registámos sequelas motoras em 34,1% das crianças e a mortalidade foi de 16,5%.

Conclusões

A neuroimagem constitui um dos meios complementares mais importantes na definição da etiologia das crises neonatais, a maioria de causa hipóxica, consistente com a literatura. Por outro lado, pode precocemente identificar marcadores de pior prognóstico neurológico, assim como ter valor preditivo negativo para lesões sequelares, quando realizada em *timing* adequado.

Palavras-chave: Crises neonatais, Convulsão, Neuroimagem, Ressonância Magnética

PD-133 – (23SPP-12691) – ABCESSOS CEREBRAIS MÚLTIPLOS APÓS TRAUMATISMO CRANIO-FACIAL

Inês Candeias[1]; Ana Isabel Ribeiro[1]; Carla Moreira[1]; Margarida Reis Morais[1]; José Cruz Araújo[2]; Lídia Leite[3]; Filipa Balona[3]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga; 2 – Serviço de Neurologia do Hospital de Braga; 3 – Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos do Hospital de Braga

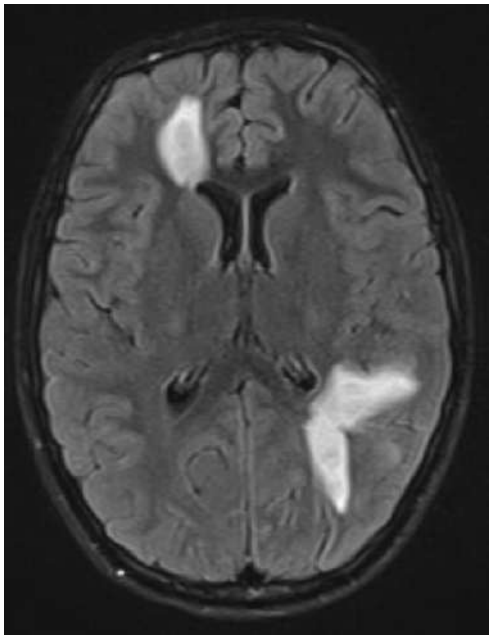
Introdução / Descrição do Caso

Abcesso cerebral é uma coleção purulenta focal no parênquima cerebral e surge como complicação de outra infeção, trauma ou cirurgia, por invasão bacteriana direta ou disseminação hematogénica. A clínica pode incluir cefaleias, febre, vómitos, alteração da consciência, rigidez da nuca, défices neurológicos focais e convulsões. Adolescente de 12 anos, com antecedentes de traumatismo cranio-facial grave aos 8 anos, com cefaleias, náuseas e vómitos há 4 dias, sem défices neurológicos focais ou papiledema. TC cerebral com pansinusopatia inflamatória e veno-TC normal. Líquido cefalorraquidiano com 130 células (50% linfócitos), vírus e microbiológico negativos. No internamento, com agravamento das cefaleias, sonolenta, lentificada, com hiperextensão cervical, discurso pobre e estado confusional, e com aumento de parâmetros inflamatórios. EEG com disfunção regional. Iniciou ceftriaxone, aciclovir, ciprofloxacina e dexametasona, com alteração dos antibióticos para meropenem e vancomicina e início de levetiracetam, após RM cerebral revelar múltiplas coleções abcedadas intraparenquimatosas. As hemoculturas foram negativas, o ecocardiograma normal e a TC maxilo-facial e dos seios peri-nasais mostrou soluções de continuidade no andar anterior do crânio, com comunicação com a cavidade nasal e seio frontal. Evolução clínica e imagiológica favorável, com alta após seis semanas de tratamento antibiótico.

Comentários / Conclusões

Apesar da propagação bacteriana por contiguidade ser a mais provável neste contexto, a presença de abcessos cerebrais múltiplos sugere disseminação hematogénica concomitante. Sendo uma infeção rara, é necessário um elevado índice de suspeição, principalmente na presença de fatores de risco, de forma a permitir um diagnóstico e tratamento atempados.

Palavras-chave: Abcessos cerebrais, Traumatismo cranio-facial, Cefaleias, Pansinusopatia inflamatória



PD-134 – (23SPP-12696) – NEUROPATIA ÓTICA HEREDITÁRIA DE LEBER: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEITA CLÍNICA

Fiona Caldeira[1]; Kaylene Freitas[1]; Nuno Aguiar Silva[2]; Paulo Rego Sousa[1]; Mónica Vasconcelos[1]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal; 2 – Serviço de Oftalmologia do Hospital Central do Funchal

Introdução / Descrição do Caso

A neuropatia ótica hereditária de Leber (LHON) é um distúrbio mitocondrial, que se manifesta com perda da acuidade visual de forma subaguda, progressiva e indolor. Tem uma incidência estimada de 1:50000, sendo mais frequente no sexo masculino com um pico entre os 14 e 26 anos. Relata-se o caso de um adolescente, 16 anos sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com cerca de 3 semanas de evolução de perda rapidamente progressiva de visão que se iniciou após episódio de traumatismo crânio-encefálico (TCE) com embate contra um colega no decorrer de um jogo de futebol. Negava febre, cefaleias ou outra sintomatologia de relevo. Ao exame objetivo destacava-se uma fundoscopia com edema da papila bilateralmente. Realizou tomografia computorizada e, posteriormente, ressonância magnética crânio-encefálica que não revelaram alterações. Fez ainda uma punção lombar com manometria e pesquisa de bandas oligoclonais sem alterações. Ficou internado para corticoterapia, com posterior redução progressiva da dose. Atendendo à evolução clínica, decidiu-se pedir estudo genético para LHON que identificou uma mutação m.11778G>A no gene *MT-ND4* em aparente homoplasmia, variante descrita como patológica e compatível com o fenótipo do doente. Iniciou terapêutica com idebenona e mantém-se, atualmente, estável do ponto de vista clínico.

Comentários / Conclusões

Apesar de ser um distúrbio raro, o diagnóstico de LHON deverá ser equacionado quando se observa uma diminuição rapidamente progressiva de visão, particularmente em adolescentes e jovens adultos. O presente caso revela a importância de um elevado índice de suspeição clínica para um diagnóstico precoce, e rápida instituição de terapêutica, que são fundamentais nesta patologia.

Palavras-chave: neuropatia ótica, mitocondrial, MT-ND4, Leber

PD-135 – (23SPP-12985) – SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL SECUNDÁRIO

Filipa Lima[1]; Catarina Ferreira[1]; Adelina Sitari[1]; Carla Mendonça[2]

1 – Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Hospital de Faro, Portugal; 2 – Centro de Neurodesenvolvimento – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Hospital de Faro, Portugal

Introdução e Objectivos

O Síndrome de Guillain Barré (SGB) é a causa mais comum de paralisia flácida aguda nas crianças. Consiste numa polineuropatia imunomediada caracterizada por disfunção motora, sensitiva e autonómica, sendo frequentemente acompanhada de dissociação albumino-citológica (DAC) no líquor.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo dos internamentos por SGB de 1 Agosto 2018 a 1 Agosto 2023, num hospital secundário.

Resultados

Foram contabilizados 7 casos, 5 dos quais rapazes, com uma mediana de idades de 11 anos. Mais de metade foram precedidos por infeção gastro-intestinal ou respiratória. Todos apresentaram arreflexia e alterações motoras, 5 sintomas sensitivos, 4 disautonomia e 2 com envolvimento de pares cranianos. Cinco dos sete casos apresentaram DAC, com uma proteinorráquia média de 88 mg/dL. A maioria apresentou padrão eletromiográfico desmielinizante e apenas um caso com padrão axonal, com commitante positividade para os anticorpos anti-gangliosídeos. Os agentes identificados foram: *campylobacter jejuni*, citomegalovírus, *chlamydia pneumoniae*, coxsackie e echovírus. Cerca de 60% apresentavam RMN medular compatível com SGB. Todos os doentes foram tratados com Imunoglobulina e em 57% dos casos necessitaram de analgesia. Apenas duas crianças foram transferidas para os cuidados intensivos e nenhuma necessitou de ventilação mecânica. Como complicações, foi reportado um caso de retenção urinária e outro de sépsis após SGB. Verificou-se recorrência em apenas um caso.

Conclusões

O SGB é uma entidade desafiante, sendo essencial conhecer as suas formas de apresentação, o padrão eletromiográfico e alterações citológicas do líquor, as quais constituem importantes pistas diagnósticas.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain Barré, Eletromiografia, Dissociação albumino-citológica

PD-136 – (23SPP-13055) – ENCEFALITE DIFUSA NECROTIZANTE AGUDA A VARICELA: RELATO DE CASO

Fátima Côrte Pestana[1]; Andreia Afonso[1]; Carolina Gouveia[1]; Cristina Freitas[1]; Rute Gonçalves[1]; Joana Oliveira[1]; Paulo Rego Sousa[1]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal

Introdução / Descrição do Caso

A encefalite é uma disfunção inflamatória aguda do SNC difusa ou localizada do parênquima cerebral, com evidência imagiológica e/ou laboratorial de inflamação cerebral.

Caso clínico: Criança, sexo feminino, 4 anos, com antecedente de síndrome polimalformativo, escoliose, AGDPM com défice cognitivo severo. Recorre ao SU em D5 de varicela por exuberantes sinais inflamatórios das lesões, febre com 5 dias de evolução, gemido e prostração desde o próprio dia. Encontrava-se em D4 de Aciclovir 20mg/kg/dose. Avaliação analítica com leucocitose, elevação das transaminases e PCR 59.23 mg/L. PL não realizada por inúmeras lesões no local de punção. Medicada empiricamente com Ceftriaxone 100mg/kg, Clindamicina 30mg/kg e Aciclovir EV. Por agravamento neurológico com diminuição da reatividade (GCS 6), realiza EEG com ligeira lentificação do traçado, sem atividade paroxística e RM-CE que evidencia encefalite difusa necrotizante aguda com focos hemorrágicos. Após 14D de antibioterapia EV manteve-se com hipomímia facial, pouca reatividade à estimulação, abertura ocular espontânea, com pestanejo e movimentos oculares, hipotonia global grave, sem movimentos anómalos. Teve alta hospitalar ao 42º dia de internamento.

Comentários / Conclusões

Encefalite a varicela com uma taxa de mortalidade entre 5 a 10%, importa o seu reconhecimento precoce pelo seu elevado impacto prognóstico, principalmente em crianças com compromisso do DPM.

Palavras-chave: encefalite, varicela vírus

PD-137 – (23SPP-12543) – DOENÇA DE MOYAMOYA COM AVC ISQUÉMICO EM LACTENTE DE 6 MESES

Carolina Simão[1]; Inês Carvalho[1]; Beatriz Fraga[1]; Mayerling Zabala[1]; Ana Moutinho[1]; Sarah Stokreef[1]; Carla Conceição[2]; Amets Irhaneta[3]; Rita Lopes Silva[4]; Teresa Painho[4]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada; 2 – Serviço de Neurorradiologia do Hospital Dona Estefânia, Lisboa; 3 – Serviço de Neurocirurgia do Hospital Dona Estefânia, Lisboa; 4 – Serviço de Neuropediatria do Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

A Doença de Moyamoya (DM) é uma condição cerebrovascular rara caracterizada por estenose progressiva e oclusão de grandes artérias intracranianas. Embora predominantemente idiopática, pode ser dividida em primária, mutação do gene RNF213, e secundária, quando há comorbidades e fatores ambientais. Os picos de incidência são aos 10 e aos 40 anos e causa principalmente acidentes vasculares cerebrais (AVC) e convulsões.

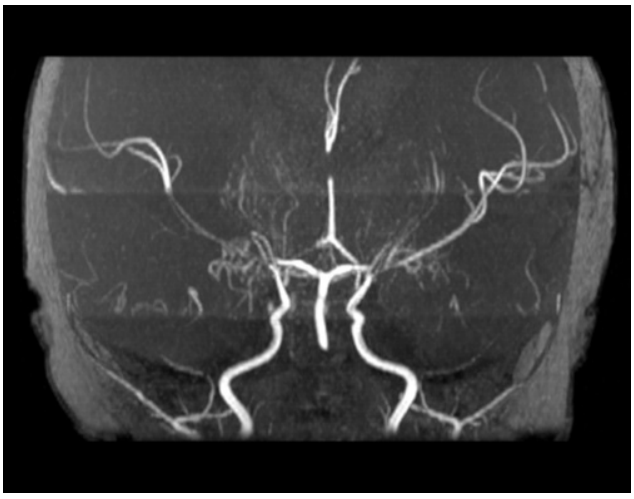
Descreve-se o caso de um lactente de 6 meses trazido ao Serviço de Urgência por prostração e convulsões focais nos últimos 3 dias. À chegada apresentava-se hipotónico, com desvio ocular para a direita e posteriormente instalou-se uma hemiparesia à esquerda. A tomografia computadorizada de crânio mostrou extensa área lesional hipodensa e heterogénea envolvendo todo o hemisfério cerebral direito. O eletroencefalograma mostrou atividade epiléptica temporal direita sugerindo estado de mal epiléptico focal. A ressonância magnética cerebral revelou um extenso AVC isquémico no hemisfério direito envolvendo a artéria carótida interna (ICA) e os territórios da artéria cerebral posterior. A angiorressonância mostrou estenose bilateral da ACI distal e dos segmentos proximais das artérias cerebrais anterior e média com hipertrofia dos ramos lentículo-estriados. Padrão vascular compatível com a DM. O estudo genético revelou uma variante heterozigótica no gene RNF213.

Após cirurgia de revascularização observou-se recuperação parcial do défice focal, mantendo-se atraso moderado do desenvolvimento psicomotor.

Comentários / Conclusões

A DM e a sua síndrome estão associadas a altas taxas de morbilidade. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para minimizar as sequelas neurológicas.

Palavras-chave: Doença de Moyamoya, Estenose, Acidente Vascular Cerebral



PD-138 – (23SPP-12580) – DISTROFIA MUSCULAR DUCHENNE: DIAGNÓSTICO ACIDENTAL EM PEQUENO LACTENTE

Beatriz Taveira Pinto[1]; Sofia Silva Faria[1]; Manuela Santos[2]; Joana Santos[1]

1 – Hospital Pedro Hispano; 2 – Centro Materno-Infantil do Norte

Introdução / Descrição do Caso

A distrofia muscular de Duchenne (DMD) é uma doença miopática progressiva, apesar dos cuidados multidisciplinares e da corticoterapia. Apenas alguns doentes são candidatos a terapêuticas específicas, mas com resultados variáveis. Recentemente surgiram terapias génicas, ainda em ensaios clínicos e não aprovadas na Europa. Em alguns países estão em curso estudos piloto de diagnóstico precoce. Apresentamos o caso de um recém-nascido, com história de gestação vigiada, sem intercorrências, parto por cesariana às 38 semanas, com Índice de Apgar 10/10/10 e antropometria adequada à idade gestacional. Internado às 24 horas de vida por dificuldades alimentares. Analiticamente, TGO 473U/L, TGP 147U/L, PCR 14,6mg/L e radiografia torácica normal. Por suspeita de sépsis neonatal precoce, iniciou ampicilina e gentamicina e foi transferido para a Unidade Cuidados Intensivos Neonatais. Em D2, creatina cinase (CK) 43000U/L, sem outras alterações analíticas, incluindo função renal, glicemia e gasimetria. Evolução clínica favorável e exames culturais negativos, tendo suspendido antibioterapia em D5. Rastreio neonatal universal normal. Descida progressiva das CK (D10 3068U/L). Estudo genético identificou a variante patogénica com deleção do gene DMD, do exão 45 ao 52, compatível com diagnóstico de DMD, confirmado às 7 semanas de vida. Atualmente com 11 meses, mantém seguimento em centro de referência, com exame neurológico normal e CK elevadas (último doseamento aos 4 meses com CK 6858U/L).

Comentários / Conclusões

Este caso retrata um diagnóstico muito precoce de DMD, antes dos 2 meses de vida, que apesar de trazer angústia aos pais num período assintomático, poderá dar a oportunidade de alteração do curso da doença com a crescente investigação no âmbito da terapia génica.

Palavras-chave: Distrofia Muscular Duchenne, CK, Terapia Génica, Diagnóstico em pequeno lactente

PD-139 – (23SPP-13056) – SÍNDROME DE PHELAN-MCDERMID – UM CASO CLÍNICO

Inês Bernardo Nunes[1]; João Parente Freixo[4,5]; Mariana Oliveira[2]; Adriana Pinheiro[3]

1 – Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, Unidade de Saúde da Ilha Terceira; 2 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho; 3 – Unidade de Desenvolvimento, Serviço de Pediatria, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira; 4 – Centro de Genética Preditiva e Preventiva, Instituto de Biologia Molecular e Celular; 5 – i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome de Phelan-McDermid é uma doença de causa genética rara, autossómica dominante, diagnosticada através da deteção de defeitos genéticos em heterozigotia no gene *SHANK3*. Caracteriza-se por hipotonia neonatal, atraso do desenvolvimento com envolvimento grave da linguagem e perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI) moderada a grave. Adolescente de 14 anos, seguida na consulta de Pediatria do Desenvolvimento por perturbação do espectro do autismo associada a PDI grave com elevado impacto na funcionalidade. Filha única de um casal saudável, não consanguíneo, sem antecedentes familiares relevantes. Do exame objetivo destaca-se crânio dolicocefálico e hipoplasia das unhas dos quintos dedos dos pés, sem outras dismorfias. O estudo analítico, EEG e RMN cranioencefálica não apresentavam alterações, tendo-se avançado com investigação etiológica molecular: estudo cromossómico com Array-CGH sem alterações relevantes; análise do exoma clínico (com base na sequenciação completa do exoma) identificou uma variante nova em heterozigotia no gene SHANK3 – c.3238_3250del(p.(Ala1080Cysfs*10)) – que resulta na perda de função do gene e que foi classificada como provavelmente patogénica. Do estudo dos progenitores concluiu-se que se trata de uma alteração de novo, reforçando o seu papel causal e estabelecendo o diagnóstico definitivo de síndrome de Phelan-McDermid.

Comentários / Conclusões

Este caso reforça a importância do diagnóstico molecular de síndromes genéticas raras, permitindo um seguimento dirigido do doente e um aconselhamento genético preciso à sua família. Permitiu alargar o espectro mutacional das variantes responsáveis pela síndrome de Phelan McDermid, ao identificar uma variante nunca descrita na literatura.

Palavras-chave: Perturbação do desenvolvimento intelectual, SÍNDROME DE PHELAN-MCDERMID, SHANK3

PD-140 – (23SPP-13067) – SINDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI: UM DIAGNÓSTICO A LEMBRAR

Andriy Sydorenko[1]; Mariana Oliveira[2]; João Parente Freixo[4,5]; Adriana Pinheiro[3]

1 – Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, Unidade de Saúde da Ilha Terceira; 2 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho; 3 – Unidade de Desenvolvimento, Serviço de Pediatria, Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira; 4 – Centro de Genética Preditiva e Preventiva, Instituto de Biologia Molecular e Celular; 5 – i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto

Introdução / Descrição do Caso

A Síndrome de Rubinstein-Taybi (SRT) é uma doença genética autossómica dominante rara (1:100000 – 125000), causada por variantes patogénicas em heterozigotia no gene *CREBBP* (50-60%) ou *EP300* (8-10%). Ocorre habitualmente *de novo,* embora estejam descritos casos de progenitores afetados com transmissão à descendência. É uma doença multissistémica com alguma variabilidade fenotípica, com dismorfia facial distintiva, baixa estatura, défice intelectual moderado a grave, polegares e halux largos e angulados, entre outras. O diagnóstico é baseado nas características clínicas referidas e pode ser confirmado molecularmente em ~70% dos casos. 16 anos, sexo masculino, seguido por atraso global do desenvolvimento psicomotor e perturbação do espetro do autismo, braquicefalia, angioma frontal, orelhas pequenas, sobrancelhas sinófrio, prega palmar única, clinodactilia do 5.º dedo e hiperlaxidez articular. Sem outros antecedentes pessoais/familiares de relevo. Array CGH e pesquisa da expansão no gene FMR1 negativos. O estudo por painel multigene para incapacidade intelectual, permitiu identificar a presença de duas variantes classificadas como de significado clínico incerto nos genes *EP300* ((NM_001429.3) – c.4331_4332delinsGA (p.(Asp1444Gly)) e *TFAP2B*. Pelo estudo dos progenitores concluiu-se que a variante identificada no gene EP300 tinha origem *de novo*, o que permitiu a sua reclassificação como provavelmente patogénica e o estabelecimento do diagnóstico definitivo de SRT.

Comentários / Conclusões

O SRT é uma doença rara e um diagnóstico desafiante. Este caso reforça a importância do diagnóstico molecular destas patologias para a clarificação do quadro clínico, orientação da investigação, vigilância, tratamento multidisciplinar e aconselhamento genético preciso à família

Palavras-chave: SINDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI, Perturbação do desenvolvimento intelectual, CREBBP, EP300

PD-141 – (23SPP-12995) – SÍNDROME DE MICRODUPLICAÇÃO DE 22Q11.2 – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Patrício Rodrigues[1]; Carolina Figueiredo[2]; Margarida Abreu[3]; Mariana Portela[3]; Maria Lopes-De-Almeida[4]; Sandra Costa[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 3 – Serviço de Pediatria, Consulta de Neurodesenvolvimento, Hospital de Braga; 4 – Serviço de Genética Médica, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI) é um motivo frequente de seguimento em consulta de neurodesenvolvimento. Trata-se de uma patologia com diferentes etiologias, sendo de destacar as causas genéticas, para as quais os avanços científicos das últimas décadas têm possibilitado uma maior compreensão.
Caso Clínico: Criança de 7 anos, sexo feminino, antecedentes pré-natais de artéria umbilical única (sem malformações cardíacas ou nefro-urológicas). Período neonatal sem intercorrências. Desenvolvimento psicomotor com perturbação da linguagem (aquisição das primeiras palavras aos 24 meses), sem outros sinais de alarme descritos. Referenciada à consulta de neurodesenvolvimento por dificuldades de aprendizagem, aquando do início do 1º ano de escolaridade. Efetuou avaliação formal do desenvolvimento (Escala WISC-III): quociente intelectual global de 72 (limite inferior). Solicitado *array*-CGH que identificou uma microduplicação da região 22q11.2 (OMIM#608363). O estudo dos progenitores permitiu confirmar a origem materna desta microduplicação. Atualmente com 10 anos, bem integrada em contexto escolar, beneficiando de medidas de apoio à aprendizagem e inclusão, assim como de terapia da fala.

Comentários / Conclusões

A síndrome de microduplicação 22q11.2 é uma patologia rara, de penetrância incompleta e expressividade variável, podendo ser herdada de um progenitor sem clínica. Dentro das alterações fenotípicas descritas destacam-se as PDI, perturbações da linguagem, cardiopatias e insuficiência velofaríngea. O caso descrito reforça a importância do diagnóstico etiológico perante uma perturbação do neurodesenvolvimento, quer pela possibilidade de uma vigilância clínica dirigida, quer pelas implicações no aconselhamento genético da criança e família.

Palavras-chave: perturbação do desenvolvimento intelectual, microduplicação 22q11.2, array-CGH

PD-142 – (23SPP-12575) – SÍNDROME DE MICRODELEÇÃO 16P11.2 – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL 2

Sílvia Duarte Costa[1]; Catarina Fraga[1]; Filipa Espada[1]; Beatriz Rosa[1]; Ana Rita Soares[1]; Nádia Rodrigues[2]; Sara Pires Silva[1]; Cláudia Gonçalves[1]; Cecília Martins[1]

1 – Unidade Local de Saúde de Matosinhos; 2 – Hospital CUF-Porto

Introdução / Descrição do Caso

Introdução:
A síndrome de microdeleção 16p11.2 é uma condição genética rara, com grande variabilidade clínica. Os indivíduos podem ter fenótipo normal ou patologia do Neurodesenvolvimento associado a dismorfologia inespecífica, epilepsia, anomalias cardíacas e obesidade, entre outras características.
Descrição de casos clínicos:
Caso 1 – Sexo masculino, 4 anos, referenciado aos 2 anos por atraso global do desenvolvimento psicomotor (AGDPM), principalmente na área da linguagem. História familiar de perturbação de desenvolvimento intelectual (PDI). Atualmente, mantém AGDMP.
Caso 2 – Sexo masculino, 4 anos, orientado aos 11 meses para consulta por atraso motor. Aos 18 meses, evidência de atraso da linguagem, dificuldades na motricidade/coordenação e agressividade. Diagnosticado com perturbação do espetro do autismo.
Caso 3– Sexo masculino, 9 anos, com antecedentes de macrocefalia desde os 4 meses e obesidade desde os 2 anos, bem como atraso da linguagem. Atualmente com PDI.
Caso 4- Sexo feminino, 12 anos, orientada aos 4 anos por atraso na linguagem. Evidência de características dismórficas. Aos 6 anos detetada puberdade precoce e obesidade. Atualmente com PDI.
Nenhum dos casos tem epilepsia ou patologia cardíaca. Todos os casos revelaram microdeleção 16p11.2 no estudo por microarray-CGH e são seguidos multidisciplinarmente.

Comentários / Conclusões

A síndrome de microdeleção 16p11.2 apresenta uma ampla heterogeneidade fenotípica, estando quase sempre a área do desenvolvimento afetada. O estudo genético por array-CGH permite estabelecer o diagnóstico etiológico, pelo que, indivíduos com AGDPM/PDI deverão realizar este exame. O diagnóstico precoce oferece a possibilidade de intervenção atempada e aconselhamento genético.

Palavras-chave: criança, microdeleção 16p11.2, Neurodesenvolvimento, obesidade

PD-143 – (23SPP-13043) – HAPLOINSUFICIÊNCIA DO GENE SPTBN1: UMA NOVA CAUSA DE PERTURBAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

Mariana Oliveira[1]; Cláudia Falcão Reis[2,5,6]; Paula Gonçalves[3]; Adriana Pinheiro[4]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho; 2 – ICVS/3B's – PT Government Associate Laboratory, Braga/Guimarães, Portugal; 3 – Serviço de Pediatria, Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; 4 – Unidade de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira; 5 – Serviço de Genética Médica, Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães – Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), Porto, Portugal; 6 – Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, University of Minho, Braga, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

As Espectrinas são proteínas essenciais na estruturação e estabilidade celular, especialmente nos eritrócitos e células do sistema nervoso central. Variantes deletérias em genes que codificam as espectrinas associam-se a distúrbios da linhagem eritroide (SPTA1, SPTB) e a distúrbios neurológicos (SPTAN1, SPTBN2 e SPTBN4).Estudos recentes identificaram a haploinsuficiência do gene SPTBN1 como etiologia de uma entidade diagnóstica de hereditariedade autossómica dominante: atraso de desenvolvimento, disfunção da fala e anomalias do comportamento (MIM #619475).12 anos, sexo feminino, seguida por Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) e Perturbação do Comportamento, com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, tiques motores simples e fónicos e comportamentos obsessivo-compulsivos.Sem dismorfias ou outros antecedentes pessoais a apontar.Pais (não-consanguíneos) e um irmão saudáveis. Realizou sequenciação do exoma total em trio em 2021, com resultado inconclusivo: presença de uma deleção de novo no gene SPTBN1, em heterozigotia, gene não associado a qualquer entidade diagnóstica à data.Procedeu-se à reanálise em 2023 com reinterpretação do significado da variante descrita para provavelmente patogénica.

Comentários / Conclusões

A haploinsuficiência do gene SPTBN1 foi descrita como causadora de PDI associada a alterações do comportamento e disfunção da fala, com cerca de 35 casos relatados posteriormente à realização da sequenciação do exoma em trio desta criança.O caso clínico apresentado destaca a importância da reanálise periódica de dados genéticos na investigação etiológica de crianças com PDI.Foi possível estabelecer um diagnóstico etiológico, adequar o seguimento multidisciplinar e providenciar aconselhamento genético familiar específico.

Palavras-chave: SPTBN1, Espectrinas, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PD-144 – (23SPP-12761) – PSICOSE NUMA ADOLESCENTE COM TRISSOMIA X: UM CASO CLÍNICO

Leonor Figueira[1]; Catarina Manuel[1]; Joana G. Vieira[1]; Vera Rodrigues[1]; Catarina Luís[1]; Tânia Duque[1]; Teresa Aguiar[1]

1 – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

Adolescente do sexo feminino, 17 anos, diagnosticada com trissomia X aos 4 anos na sequência de investigação de atraso de linguagem e desenvolvimento psicomotor no limite inferior do normal. Em consulta de Nefrologia identificado rim direito hipoplásico, sem alteração da função renal. Desde o início da idade escolar apresentava défice de atenção, timidez, várias fobias, e baixa autoestima, com interação social adequada. Aos 9 anos fez avaliação cognitiva que mostrou funcionamento intelectual estado limite. Aos 15 anos iniciou subitamente delírios persecutórios, fenómenos de passividade e alucinações acústico-verbais, tendo sido excluída etiologia neurológica. Iniciou olanzapina. Atualmente em seguimento por Pedopsiquiatria e Psicologia com bom controlo de quadro psicótico.

Comentários / Conclusões

A trissomia X é a cromossomopatia dos cromossomas sexuais mais frequente no sexo feminino. A maioria dos casos não são diagnosticados por serem assintomáticos. Associa-se frequentemente a atraso no desenvolvimento psico-motor, dificuldades de aprendizagem, baixa auto-estima, timidez, medos, e também malformações genito-urinárias. Vários estudos descrevem doenças psiquiátricas em adultos com trissomia X, nomeadamente perturbações psicóticas com sintomas paranóides. Habitualmente são bem controlados farmacologicamente. Destaca-se a importância de ativamente considerar a sintomatologia psicótica nestes doentes, como parte integrante desta síndrome, e após exclusão de causas neurológicas.

Palavras-chave: trissomia X, adolescente, psicose

PD-145 – (23SPP-12879) – O RESULTADO DE UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NUM CASO DE PRIVAÇÃO SOCIAL EXTREMA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Inês Azevedo Carvalho[1]; João Simões[2]; Tânia Carvalho[1]; Carla Matos[1]

1 – Hospital de Vila Franca de Xira; 2 – Área da Pediatria, Hospital Dona Estefânia, CHULC

Introdução / Descrição do Caso

O desenvolvimento psicomotor infantil (DPM) é influenciado por fatores bio-psico-sociais, sendo a inclusão social um dos pilares essenciais.

Menina com antecedentes de sepsis neonatal, alergia ao ovo e à proteína do leite de vaca e eczema. Observada em consulta de desenvolvimento aos 5 anos, referenciada por atraso DPM: linguagem com frases agramaticais (2-3 palavras), alterações da motricidade global e fina, ausência de controlo de esfíncteres e baixa tolerância à frustração. Apuraram-se erros alimentares e progressão estaturoponderal no P3. Salientou-se isolamento social grave e prolongado, estando sempre em casa com a mãe, com elevada exposição a ecrãs, pouco estímulo psicomotor, sem contacto com outras crianças. Na observação, criança com comunicação não verbal e atenção conjunta estabelecida, aspeto emagrecido e palidez cutânea. No estudo etiológico identificou-se anemia ferropénica. Cariótipo, pesquisa de X frágil e função tiroideia normais. Foi referenciada a consulta de nutrição e ao serviço social. Após período pandémico, integrou jardim de infância aos 5 anos e 7 meses, com evolução em curto espaço de tempo. Aos 7 anos e 9 meses iniciou o 1º ciclo, integrada no DL 54/2018, intervenção por psicologia e terapia da fala, mostrando aquisição progressiva de conhecimentos. A nível nutricional houve também evolução: estatura e peso no P50 e alimentação diversificada.

Comentários / Conclusões

A intervenção no atraso DPM deve ser realizada precocemente e está intimamente ligada ao prognóstico. Este caso demonstra a importância da intervenção numa situação de privação social grave com sequelas irreversíveis. Realça-se a multidisciplinaridade: cuidados médicos, nutricionais, terapêuticos, educação e serviço social, essenciais para a evolução observada.

Palavras-chave: privação social, intervenção multidisciplinar, desenvolvimento psicomotor

PD-146 – (23SPP-12722) – DUAS IRMÃS, A MESMA MUTAÇÃO

Bárbara Costa Correia[1]; Isabel Mota Pinheiro[1]; Fábio Pereira[1]; Vera Rocha[1]; Tiago Branco[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

As alterações do desenvolvimento psicomotor na infância são cada vez mais valorizadas e referenciadas a consulta hospitalar. Aquando da suspeita de atraso global de desenvolvimento psicomotor (AGDPM) associado a dismorfias craniofaciais, devemos equacionar a necessidade de investigação genética.

Descrevem-se os casos de duas irmãs gémeas. Antecedentes pré-natais de gestação gemelar bicoriónica, biamniótica, serologias maternas sem evidência de infeção ativa e ecografias fetais sem alterações de relevo. Ecocardiogramas fetais sem alterações, casal recusou amniocentese. Parto às 37 semanas, 1ª gémea com parto distócico por ventosa e 2ª gémea com parto eutócico, ambas com somatometria adequada à idade gestacional e índice de Apgar 9/10/10. Aos 20 meses avaliadas em consulta de Desenvolvimento por suspeita de AGDPM, tendo sido orientadas para intervenção precoce na infância. A avaliação formal do desenvolvimento confirmou um nível de desenvolvimento muito inferior, compatível com AGDPM.

Do estudo etiológico, as ressonâncias cerebrais evidenciaram hipogenesia do corpo caloso com indefinição do esplénio e *rostrum*. Os estudos genéticos (array-CGH) evidenciaram uma deleção 15q11.2, envolvendo os genes TUBGCP5, CYFIP1, NIPA2, NIPA1. Neste momento com diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, irão ingressar no 1º ano com medidas de suporte à aprendizagem, mantendo seguimento multidisciplinar.

Comentários / Conclusões

A deleção 15q11.2 está associada a atraso do desenvolvimento, perturbações do comportamento, dismorfias, epilepsia, patologia cardíaca e defeitos estruturais do cérebro. O diagnóstico desta deleção permitirá a investigação das restantes comorbilidades associadas, assim como o aconselhamento genético das doentes e da família.

Palavras-chave: Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor, Deleção 15q11.2, Hipogenesia do corpo caloso

PD-147 – (23SPP-12644) – CONSULTA DE NEURODESENVOLVIMENTO, ONDE AS "PEÇAS" SE ENCAIXAM – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Armanda Rebelo[1]; Marta Carvalho[1]; Filipa Inês Cunha[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introdução / Descrição do Caso

As perturbações do Neurodesenvolvimento (ND) são prevalentes, embora o diagnóstico de distúrbios geneticamente determinados seja pouco frequente e muitas vezes difícil. A confirmação de uma doença genética permite a orientação adequada e a prevenção de possíveis comorbilidades associadas.

Caso 1: Masculino, 5 anos, referenciado à consulta de ND por atraso da linguagem, agitação psicomotora e perturbação do sono. Peso no P>97 e estatura no P3. Evidentes dismorfismos faciais minor e braquidactilia. Avaliações efetuadas compatíveis com défice intelectual ligeiro e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade. Medicado com metilfenidato e melatonina. No seguimento, desenvolve onicotilomania, estereotipias e eventos paroxísticos. Referenciado às consultas de Obesidade/Nutrição, Neuropediatria e Genética, que confirma diagnóstico de Síndrome de Smith-Magenis (SSM) com epilepsia rolândica.

Caso 2: Masculino, 4 anos, referenciado à consulta de ND por atraso global do neurodesenvolvimento. Pais consanguíneos. Antecedentes de astigmatismo e polidactilia pós-axial direita. Evidentes dismorfismos faciais minor. Avaliação confirma défice intelectual moderado/grave. No seguimento, desenvolve hiperfagia e agressividade, tendo iniciado risperidona. Enviado às consultas de Oftalmologia, Neuropediatria e Genética, que confirma diagnóstico de SSM.

Comentários / Conclusões

A SSM é uma doença genética rara. Deve ser suspeitada perante criança com perturbação do ND com défice cognitivo, problemas comportamentais, do sono e fenótipo facial típico. Além de múltiplas alterações orgânicas, podem ainda ocorrer outras comorbilidades, como obesidade e epilepsia. O diagnóstico precoce é crucial, de forma a avaliar e antecipar as implicações da doença, e intervir precocemente.

Palavras-chave: Atraso Global do Neurodesenvolvimento, Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade, Síndrome de Smith-Magenis

PD-148 – (23SPP-12640) – ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO – SINTOMAS SUBTIS DE EPILEPSIA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carla Rosa[1]; Daniela Henriques[1]; Patrícia Silva[1]; Filipa Vilarinho[1]; Aldina Lopes[1]

1 – Hospital Distrital de Santarém

Introdução / Descrição do Caso

A epilepsia Rolândica é uma forma comum de epilepsia focal em crianças, caracterizada por sintomas motores focais na face e membros superiores. A maioria das crianças tem um desenvolvimento normal entre os episódios e os sintomas tendem a diminuir com a idade. No entanto, esta condição pode manifestar-se com sintomas atípicos, o que pode levar ao seu subdiagnóstico.
Sexo masculino, 3 anos, saudável. Comportamento habitual hipercinético, irrequieto, impulsivo, gritos e fala em tonalidade alta. Observado em SU por episódio de olhar mais vago e fixo, tontura e tremores finos dos membros superiores, desvio da comissura labial esquerda, fala arrastada e sialorreia com duração inferior a 5 minutos. Sem história de traumatismo craniano ou perda de consciência. Nas últimas 2 semanas presentava alterações de comportamento com episódios de hipocinésia, comportamento "meigo", olhar vago, voz "doce" (sic), sempre sem alteração do estado de consciência e duração de poucos minutos. Análises e TC-CE sem alterações. EEG revelou atividade epileptiforme, sobre as regiões fronto-temporais de ambos os hemisférios, com aparente incidência preferencial à direita durante o sono. Feito o diagnóstico de epilepsia Rolândica sem indicação para iniciar terapêutica.

Comentários / Conclusões

O relato deste caso clínico pretende destacar os sintomas atípicos de epilepsia nas crianças como as alterações do comportamento. O contraste entre o comportamento hipercinético habitual da criança com os períodos de calma e alterações da tonalidade da voz são pistas importantes que poderiam ter levado ao diagnóstico mais precoce. Neste caso em específico não alterou o curso terapêutico, mas noutros pode ser uma pista chave e fazer a diferença no prognóstico do doente.

Palavras-chave: alteração comportamento, epilepsia

PD-149 – (23SPP-12647) – PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA, INVESTIGAÇÃO E TERAPÊUTICA

Ana Losa[5]; Inês Cascais[5]; Ana Sofia Rodrigues[1]; Mariana Toste[2]; Camila Gesta[2]; Graça Fernandes[3]; Vânia Martins[3]; Teresa Temudo[4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Médio Ave; 2 – Psicologia, Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e da Adolescência, CMIN, CHUdSA; 3 – Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência, CMIN-CHUdSA; 4 – Serviço de Neuropediatria, CMIN-CHUdSA; 5 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, CMIN-CHUdSA

Introdução e Objectivos

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma patologia do neurodesenvolvimento caracterizada por alteração da interação social e comunicação e presença de comportamentos ou interesses restritos e estereotipados, cuja prevalência tem vindo a aumentar.

Metodologia

Estudo transversal dos casos com diagnóstico de PEA seguidos em consulta de Neurologia Pediátrica entre 01/2021 e 12/2022.

Resultados

Incluíram-se 137 casos, 86,9% do sexo masculino, com mediana de idade à primeira consulta de 3,1 anos (IQR 2,2-5,6) e de seguimento de 25,0 meses (IQR 14,0-46,0). Havia história familiar de PEA em 15,3%. Estavam presentes macrocefalia em 12,4%, estereotipias em 78,8%, na sua maioria motoras (73.7%), seguidas das vocais (20.4%) e visuais (18,2%) e 47,4% eram não-verbais. Objetivou-se frequentemente associação a Atraso Global de Desenvolvimento Psicomotor e Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (78,8%), seguido de agitação psicomotora (28,5%), epilepsia (21.2%), Perturbação do Sono (14,6%) e Perturbação de Défice Atenção e Hiperatividade (6,6%). 24,1% e 5,1% dos casos, realizaram ADOS-2 e ADIR, respetivamente. Quanto à investigação, não se detetaram alterações metabólicas ou X-frágil, o Array-CHG identificou alterações em 12,5%, o painel NGS de PEA em 27%, o EEG em 46,9% e a RMN em 14,0%. Quanto às intervenções terapêuticas, 94,2% e 95,6% estavam sob terapia ocupacional e da fala, respetivamente e a terapêutica farmacológica mais frequente foi a risperidona (19,7%).

Conclusões

A PEA associa-se frequentemente a outras comorbilidades e o seu diagnóstico e intervenção precoces permitem melhorar significativamente a qualidade de vida e prognóstico. Este trabalho evidencia a importância do estudo genético na orientação destes doentes e famílias.

Palavras-chave: Perturbação Espectro Autismo, Estereotipias, Genética

PD-150 – (23SPP-12924) – ICTERÍCIA NEONATAL – QUANDO A CAUSA NÃO É ÓBVIA

Sílvia Afonso Lopes[1]; Lúcia Marques[1]; Sílvia Batalha[1]; Marta Contreiras[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Loures EPE

Introdução / Descrição do Caso

A icterícia neonatal por hiperbilirrubinémia não conjugada é frequente e geralmente multifatorial.

Recém-nascido (RN) de termo, ascendência nepalesa, adequado à idade gestacional. Mãe 0Rh+, serologias e ecografias pré-natais adequadas e febre intraparto. RN ARh+ e teste de Coombs direto (TCD) negativo. Rastreio sético negativo. Icterícia e bilirrubina transcutânea 14mg/dL em D2 de vida. Fez ciclo de fototerapia (FT), com alta em D3 de vida com 6,4mg/dL.

Reinternado em D5 de vida por reagravamento da icterícia. Sob aleitamento misto e boa evolução ponderal. À observação, icterícia até ao dorso dos pés, sem cefalo-hematoma nem organomegálias. Analiticamente: hemoglobina (Hb) 20,1g/dL, bilirrubina total (BT) 26,8mg/dL, bilirrubina conjugada 0,78mg/dL, AST 51UI/L, ALT 15UI/L, GGT 267UI/L, PCR 0,9mg/dL. Fez 2º ciclo de FT com descida de BT para 18mg/dL. Reavaliado em D8 de vida, mais ictérico, com BT 19,5mg/dL, pelo que realizou 3º ciclo de FT com descida para 11,3mg/dL. Sem febre, colúria, acolia, irritabilidade. Adequada progressão ponderal. Reavaliação em D11 de vida com BT 11,6mg/dL, Hb 17,1g/dL, reticulócitos 1%, LDH 433UI/L. Realizado estudo etiológico: eletroforese de Hb, esfregaço de sangue periférico, pesquisa de défice de glucose-6-fosfato desidrogenase e piruvato-cinase sem alterações; técnica de eluição (presença de anticorpo Anti-A 1+); teste genético de Síndrome de Gilbert negativo para variante mais comum.

Comentários / Conclusões

A hiperbilirrubinémia não conjugada no período neonatal não exige geralmente investigação. Porém, em casos de BT muito elevada e de forma recorrente, deve ser realizado estudo etiológico. Com este caso, pretendemos realçar o papel da técnica de eluição na identificação dos raros casos de isoimunização com TCD negativo.

Palavras-chave: Eluição, Icterícia neonatal, Isoimunização

PD-151 – (23SPP-12579) – HIPERECOGENICIDADE MEDULAR RENAL TRANSITÓRIA NEONATAL: UM DIAGNÓSTICO DE EXCLUSÃO

Mariana Pedro[1]; Marta Caldas[1]; Helena Almeida[1]

1 – Centro Hospitalar do Oeste, Unidade Caldas da Rainha

Introdução / Descrição do Caso

A aparência ecográfica renal difere consideravelmente nas crianças e adultos.[1] A hiperecogenicidade das pirâmides medulares acompanha várias condições patológicas, associado ao uso de fármacos, a acidose tubular renal, a hipercalcemia idiopática ou a hipercalciúria.[2]

Descrevemos o caso clínico de um recém-nascido (RN) do sexo masculino, nascido por parto eutócico às 38 semanas e 5 dias, com peso adequado à idade gestacional. Na ecografia do 3º trimestre de gestação, os rins apresentavam ecogenicidade normal, sendo referida ectasia bilateral dos bacinetes. Fez ecografia renal ao 4ºdia que mostrou uma marcada hiperecogenicidade medular/papilar renal bilateral, sem ectasia, sugestiva de nefrocalcinose medular/papilar (fig. 1). O RN esteve sempre clinicamente estável, sob leite materno exclusivo, com diurese e valores tensionais normais. A avaliação analítica, incluindo hemograma, ureia, creatinina, ácido úrico, ionograma, cálcio sérico, PTH, gasimetria e urina foi normal. Repetiu exame de imagem ao 19º dia de vida que mostrou completa resolução da hiperecogenicidade medulopapilar renal. O RN manteve seguimento em consulta de pediatria, sempre clinicamente bem e com boa evolução estaturoponderal. Repetiu controlo ecográfico renal aos 3 meses sem alteração.

Comentários / Conclusões

A ocorrência de hiperecogenicidade medular renal com resolução nos primeiros dias de vida define-se como hiperecogenicidade medular renal transitória neonatal. Esta entidade apresenta uma incidência de 3,9%-37% nos primeiros 7-10 dias.[4] A hiperecogenicidade poderá dever-se à precipitação de substâncias endógenas nos túbulos renais, com uma obstrução reversível[5], devendo ser reconhecida como uma variante do normal, com excelente prognóstico.

Palavras-chave: Neonatal, Hiperecogenicidade renal, Nefrologia, Ecografia

PD-152 – (23SPP-12901) – SÍFILIS CONGÉNITA – RELATO DE 3 CASOS DIAGNOSTICADOS ENTRE 2008 E 2023 NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Luciana Abelha[1]; Inês Eiras[1]; Ana Isabel Sequeira[1]; Dalila Rocha[1]; Rei Amorim[1]; Beatriz Sousa[1]; Carla João Dias[1]; Ana Isabel Soro[1]; Arnaldo Rego[1]

1 – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução / Descrição do Caso

A sífilis congénita é uma doença causada pelo Treponema pallidum. São descritos 3 casos, diagnosticados entre 2008 e 2023, num hospital terciário.

Caso 1: Recém-nascido (RN) 38S+4d. Ecografias (eco) pré-natais (PN) sem alterações; serologias maternas: VDRL negativo no 1º e 2º trimestres (T); positivo no 3ºT (33S+3d), e TPHA de 1/640, tendo feito penicilina. Parto: cesariana. Índice Apgar (IA) 10/10/10. Peso adequado à idade gestacional (AIG). Análises normais. VDRL negativo no líquido cefalorraquidiano (LCR). Ecografia transfontanelar (EcoTF) e avaliação oftalmológica normais. Alta em D4 de vida. Internado aos 3 meses por febre e má evolução ponderal. VDRL negativo e raio-x da perna direita com sinais de periostite; cumpriu 21 dias de penicilina.

Caso 2: RN 38S. Mãe com sífilis 2 anos antes da gestação, tratada com azitromicina, sem comprovativo de cura. Eco PN: sem alterações. Serologias maternas: VDRL positivo (1º, 2º e 3º T), fez penicilina às 20 semanas. Parto: cesariana. IA 9/10/10. AIG. RN assintomático. Serologias do RN: VDRL negativo; anticorpo anti-treponema IgG e IgM: reactivos. EcoTF e avaliação oftalmológica normais. Alta em D4.

Caso 3: RN 40S+6d. Mãe toxicodependente. Eco PN sem alterações. Serologias maternas VDRL negativo no 1ºT. Sem análises do 2ºT. VDRL positivo no 3º T, e anticorpos anti-treponema IgG e IgM: reactivos. Fez penicilina às 37S+1d, sem comprovativo de cura. Parto: cesariana. IA 10/10/10. AIG. Análises normais. Serologias do RN: VDRL 1/8; Anticorpos anti-treponema IgM e IgG reativos; VDRL negativo no LCR. Fez 10 dias de penicilina. EcoTF e avaliação oftalmológica normais. Alta em D11.

Comentários / Conclusões

A sífilis congénita é rara, daí a importância de um elevado índice de suspeição e baixo limiar para o tratamento.

Palavras-chave: Sífilis congénita, VDRL, TPHA

PD-153 – (23SPP-12760) – INFEÇÃO CMV TRANSMITIDA PELO LEITE MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS OU COM MUITO BAIXO PESO: REVISÃO SISTEMÁTICA

Joana Valente Dias[1,2]; Mónica Marçal[2,3]; Madalena Tuna[2,3]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo; 2 – Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; 3 – NOVA Medical School

Introdução e Objectivos

A transmissão de CMV no leite materno é a principal causa de infeção pós-natal por CMV no recém-nascido, podendo causar doença grave em prematuros ou recém-nascidos com muito baixo peso. Pretendeu-se com este trabalho caracterizar o impacto da infeção pós-natal por CMV transmitida por leite materno nesta população.

Metodologia

Revisão sistemática, recorrendo à pesquisa de bases de dados (PubMed e Cochrane) e seleção dos artigos relevantes publicados entre 2002 e 2022, que incluíram recém-nascidos com idade gestacional < 32 semanas e/ou recém-nascidos com peso ao nascer < 1500g. Meta-análise realizada no pacote Meta do Programa R®, com recurso a um modelo de efeitos aleatórios.

Resultados

Das 225 referências bibliográficas identificadas incluíram-se na revisão 14 artigos. Verificou-se uma elevada prevalência de seropositividade materna para CMV (75,91%, intervalo de confiança (IC) 95% 68,23-82,22). A proporção de lactentes de mães IgG positivas que adquiriram infeção pós-natal por provável transmissão por leite materno foi 14,65% (IC 95% 9,56-21,79%), sendo mais elevada se consideradas apenas mães com excreção comprovada de vírus no leite materno (31,51%, IC 95% 19,64-46,42%). 29,56% (IC 95% 20,82-40,11%) dos lactentes infetados desenvolveram clínica de sepsis. Os estudos foram muito heterogéneos quanto aos métodos de conservação de leite materno.

Conclusões

Na ausência de recomendações consensuais, em recém-nascidos prematuros e muito baixo peso deve ser ponderado o eventual benefício das várias técnicas de conservação de leite materno na redução da infeção pós-natal por CMV e respetivo risco de alteração das características nutricionais e imunológicas do leite materno.

Palavras-chave: Infeção pós-natal, Leite Materno, Prematuridade, Recém-nascido muito baixo peso, Citomegalovírus (CMV)

PD-154 – (23SPP-12648) – HIPERTENSÃO ARTERIAL NEONATAL: REALIDADE OU MITO?

Joana Nunes Pereira[1]; Ana Cristóvão Ferreira[1]; Mónica Rebelo[2]; Luísa Lobo[3]; Carla Simão[4,5]

1 – Interna de Formação Especializada em Pediatria Médica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 2 – Assistente graduada em Cardiologia Pediátrica, Serviço de Cardiologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 3 – Assistente graduada em Radiologia, Serviço de Imagiologia, Hospital de Santa Maria -Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 4 – Assistente graduada em Pediatria Médica, Área de Hipertensão e Risco Cardiovascular do Serviço de Pediatria, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE; 5 – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

A hipertensão arterial (HTA) neonatal apresenta-se de forma pouco específica, é muitas vezes subestimada, mas pode surgir como doença grave. Descrevem-se dois casos com diferentes evoluções clínicas e abordagens terapêuticas.

1. Recém-nascida de termo (RNT), 7º dia de vida, recusa alimentar, gemido, extremidades frias, taquicardia, taquipneia e HTA. O ecocardiograma revelou disfunção cardíaca grave. O ecodoppler renal revelou estenose da artéria renal esquerda (ARE). Realizou angiografia diagnóstica e terapêutica, com posterior normalização da PA e da função cardíaca. Suspendeu a terapêutica hipotensora (TH) e teve alta ao 20º dia de vida. Ecodoppler renal aos 3 meses (M) com franca recuperação da perfusão renal esquerda. Mantém valores de PA adequados.

2. RNT, 3º dia de vida, dificuldade alimentar, hiporreatividade e HTA. O ecocardiograma revelou disfunção cardíaca e hipertrofia ventricular esquerda. Realizou-se ecodoppler renal com suspeita de estenose da ARE, confirmada por angio-TC renal, que revelou ausência de perfusão do rim homolateral. A angiografia diagnóstica colocou a hipótese de obstrução por trombo, iniciou terapêutica com enoxaparina. Apresentou melhoria gradual dos valores de PA, mantendo necessidade de TH. Alta ao 30º dia de vida com regressão das alterações cardíacas. Evoluiu com aparente controlo dos valores de PA, mas com perda de função do rim esquerdo, sendo submetida a nefrectomia aos 9M. Atualmente sob TH, com perfil de PA controlado.

Comentários / Conclusões

A HTA neonatal é uma condição grave, associada habitualmente a uma causa tratável. A terapêutica médica é fundamental, complementada com intervenção dirigida à causa subjacente. A abordagem é multidisciplinar. O acompanhamento subsequente é essencial pelo risco cardiovascular.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Neonatal, Renovascular, Terapêutica

PD-155 – (23SPP-12551) – QUISTO DO DUCTO DA GLÂNDULA DE SKENE: SÉRIE DE TRÊS CASOS EM RECÉM-NASCIDAS

Joana Neto[1]; Beatriz Carmo[1]; Alexandra Rodrigues[2]; Jorge Santos Silva[3]

1 – Serviço de Pediatria Centro Hospitalar Universitário S. João; 2 – Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde da Guarda; 3 – Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário S. João

Introdução / Descrição do Caso

Os quistos do ducto da glândula de Skene (QDGS) são massas interlabiais vaginais benignas, geralmente sem outros sintomas, e raros em recém-nascidas (RN). A etiologia é desconhecida, mas é comumente associada à exposição intrauterina ao estrogénio ou à obstrução/estenose do ducto glandular. Relata-se uma série de três RN de termo, não relacionadas, com QDGS neonatal.

A primeira RN é filha de uma primigesta na 5ª década de vida. Durante a gravidez, a gestante sofreu uma trombose venosa e foi medicada com ácido acetilsalicílico, enoxaparina e ferro.

O segundo caso, filha de mãe 4G3P com 30 anos, para além da suplementação com ferro, a mãe foi tratada com cefuroxima por infeção do trato urinário, enoxaparina e flavonóides para varizes.

A mãe da terceira RN desconhecia a gravidez até às 34 semanas quando teve a primeira avaliação pré-natal. A mãe, primigesta de 20 anos, continuou a tomar o anticoncecional oral habitual até esta fase da gestação.

Nos três casos, o exame físico revelou uma massa cística amarelada e vascularizada entre os pequenos lábios. A ultrassonografia pélvica que confirmou o diagnóstico de QDGS que drenou completa e espontaneamente sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Comentários / Conclusões

Apesar dos QDGS serem raros, os três casos ocorreram em cinco meses numa única maternidade com uma taxa regular de 2.000 nascimentos/ano. A história clínica foi determinante para se identificar a excessiva exposição fetal ao estrogénio. Nos dois primeiros casos, as mães foram suplementadas durante a gravidez com um suplemento de ferro sucrossómico com fitoesteróis esterificados. No terceiro caso, o feto foi exposto ao anticoncecional oral diário da mãe, com 0,03mg de etinilestradiol, até a 34ª semana de gestação.

Palavras-chave: quisto ducto glândula skene, estrogénio, recém-nascido

PD-156 – (23SPP-12822) – PRIAPISMO NEONATAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Ferreira Mendes[1]; Sara Alves Araújo[1]; Alcinda Reis[2]; Inês Ferreira[1]; Fátima Menezes[1]; Fátima Fonseca[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga; 2 – Serviço de Imagiologia, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

Introdução / Descrição do Caso

O priapismo define-se como uma ereção persistente e prolongada, não associada a estímulo sexual, rara durante o período neonatal. De acordo com o mecanismo subjacente, pode ser classificada em isquémico e não isquémico.

O priapismo idiopático do recém-nascido surge habitualmente no 1º ou 2º dia de vida e tem uma duração autolimitada. A ecografia peniana com Doppler é o exame de eleição para o diagnóstico e na maioria dos casos é realizado tratamento conservador.

Recém-nascido de termo, sexo masculino, filho de pais saudáveis. Gestação vigiada, com ecografias pré-natais normais, sem consumo materno de drogas. Parto eutócico, sem intercorrências, com exame objetivo ao nascimento sem alterações. Desde as 36 horas de vida objetivada ereção peniana, sem desconforto aparente. Hemograma e esfregaço de sangue periférico sem alterações. Eco-doppler peniano com pénis normal ecoestrutura peniana, artérias cavernosas permeáveis, com fluxo simétrico, e veias sem sinais de trombose. Mantida atitude expectante, com resolução espontânea e completa da sintomatologia em D3 de vida. Atualmente com 5 meses, sem recorrência de episódios de priapismo.

Comentários / Conclusões

No presente caso estamos perante um caso de priapismo no período neonatal que é uma condição rara, pouco descrita na literatura, pelo que atualmente não existem protocolos de abordagem definidos. A principal preocupação é preservar a função peniana e o tratamento conservador tem permitido a resolução espontânea na maioria dos poucos casos descritos na literatura. A abordagem cirúrgica deve ficar reservada para casos de persistência ou surgimento de complicações.

Palavras-chave: Priapismo neonatal, Recém-nascido

PD-157 – (23SPP-12723) – HIPOGLICEMIA NEONATAL REFRATÁRIA: A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM ESTRUTURADA

Inês Pais-Cunha[1]; Sara Peixoto[1]; Vanessa Arnet[2]; Rita Santos Silva[3,6]; Esmeralda Rodrigues[4]; Ana Grangeia[5,6]; Sandra Costa[1,6]

1 – Serviço de Neonatologia, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João; 2 – Serviço de Neonatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano; 3 – Unidade de Endocrinologia Pediátrica, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João; 4 – Unidade de Doenças Hereditárias do Metabolismo, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário São João; 5 – Serviço de Genética Médica, Centro Hospitalar Universitário São João; 6 – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução / Descrição do Caso

A hipoglicemia é um sintoma frequente no período neonatal, que pode ser manifestação de uma vasta gama de patologias. A abordagem sistematizada e multidisciplinar é essencial para o diagnóstico etiológico atempado, permitindo tratamento dirigido e melhoria do prognóstico.

Caso de recém-nascido (RN) com gestação vigiada, sem intercorrências. Cesariana por CTG não tranquilizador, apoio na transição com VPP(Apgar 8/9/10); antropometria adequada à idade gestacional. Na 1ªH de vida, SDR e hipoglicemia grave sintomática, internado na UCIN. À admissão, CK elevadas e trombocitopenia com transfusão e estabilização posterior. Manteve hipoglicemias de difícil controlo – TIG máxima 16mg/kg/min e início de hidrocortisona em D3. Em D13, transferido para unidade nível III por suspeita de doença metabólica. Em hipoglicemia: sem hiperlactacidemia ou hiperamonemia, estudo metabólico normal; peptídeo C e insulina não frenados, compatível com hiperinsulinismo. Ecocardiograma com hipertrofia ventricular esquerda (HVE), ecografia abdominal normal e RMN cerebral com suspeita de áreas isquémicas. Iniciou diazóxido com boa resposta, fez desmame de hidrocortisona e redução de TIG, com glicemias estáveis. Alimentação entérica exclusiva desde D18. Atualmente, 2 meses de vida, apresenta boa progressão estaturo-ponderal, estabilidade glicémica sob diazóxido, HVE em regressão e desenvolvimento psicomotor adequado. Exoma clínico sem alterações.

Comentários / Conclusões

O Hiperinsulinismo é a principal causa de hipoglicemias persistentes em idade pediátrica. As formas transitórias podem ocorrer por stress perinatal, resolvendo em 3-6 meses, altura em que se reduz o diazóxido. A vigilância é fundamental para diagnóstico diferencial e o prognóstico depende do início precoce de tratamento.

Palavras-chave: hipoglicemia, hiperinsulinismo, endocrinologia pediátrica, genética, neonatologia

PD-158 – (23SPP-12553) – LINHA TELEFÓNICA DE APOIO AOS RECÉM- NASCIDOS – A SOLUÇÃO PARA AS VINDAS DESNECESSÁRIAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Inês Alexandra Azevedo[1]; Francisca Strecht Guimarães[1]; Sara A. Araújo[1]; Sandra Silva[1]; Virgínia Monteiro[1]; Miguel Costa[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução e Objectivos

Durante o período neonatal existe uma elevada inespecificidade na sintomatologia apresentada, que frequentemente causa dúvidas e ansiedade nos cuidadores. Assim, os Recém-nascidos (RN) representam um número considerável no total de admissões ao Serviço de Urgência (SU). O objetivo do estudo: caraterizar a população de RN admitidos no SU de Pediatria no ano de 2022, verificar os motivos, e a necessidade de prestação de cuidados médicos hospitalares, com o intuito de avaliar a possibilidade de desenvolver a esta população uma resposta assistencial mais eficaz.

Metodologia

Estudo retrospetivo com análise dos episódios de urgência de RN admitidos no SU do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga durante o ano de 2022.

Resultados

Foram incluídos no estudo 269 RN. Analisaram-se 286 episódios de urgência dos quais 17 eram readmissões. A média de idades foi de 14 dias, sendo 52,4% do sexo masculino. Dos RN admitidos, 6.3% eram pré-termo. Os principais motivos de admissão foram: icterícia (22,4%), sintomas respiratórios (18,2%) e choro (10,5%). Sendo que, 87,4% dos RN observados não foram referenciados. Do total de RN admitidos, 58% foram submetidos a exames complementares de diagnóstico e 24,1% foram internados. Os diagnósticos mais comuns foram: icterícia (22,7%), infeção das vias aéreas superiores (12,2%) e cólica do lactente (8%). Em 74,9% dos casos o diagnóstico correspondeu a uma patologia benigna ou questão de puericultura.

Conclusões

As patologias benignas e, as preocupações sobre puericultura motivaram grande parte das admissões ao SU. Assim sendo, os autores consideram que o reforço da educação, assim como do apoio prestado às famílias através de uma linha telefónica poderiam evitar admissões desnecessárias no SU.

Palavras-chave: recém nascido, serviço de urgência, linha de apoio

P

D-159 – (23SPP-12843) – TROMBOCITOPENIA NEONATAL ALOIMUNE – UMA EVOLUÇÃO ATÍPICA

Helena Ferreira[1]; Ana Lachado[2]; Sandra Pereira[3]; Liliana Teixeira[3]; Sara Leite[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Unidade de Hematologia Pediátrica do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 3 – Unidade de Neonatologia do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

A trombocitopenia neonatal aloimune (TNAI), embora rara, é a principal causa de trombocitopenia neonatal grave, afetando cerca 1/1500 recém-nascidos (RN). Trata-se de uma incompatibilidade feto-materna, em que há destruição imunomediada das plaquetas fetais/neonatais por aloanticorpos maternos, podendo associar-se a complicações graves.

RN do sexo masculino, caucasiano, 2º filho de pais não consanguíneos. Gestação vigiada, de termo. Parto eutócico, com boa adaptação à vida extrauterina, somatometria adequada à idade gestacional e exame normal. Às 8h de vida, notado o aparecimento de petéquias na região inguinal bilateralmente e no dorso, sem outras alterações. Analiticamente, apresentava trombocitopenia grave ($19x10^9$/L), com restante hemograma normal. A mãe era saudável, sem história de trombocitopenia nem de ingestão de fármacos. Do estudo realizado destaca-se: morfologia plaquetária normal; sem evidência de infeção; estudo da coagulação e ecografia transfontanelar sem alterações. O *cross-match* entre plaquetas maternas e do RN foi positivo e a genotipagem plaquetária mostrou incompatibilidade para o gene HPA-1 e HPA-15. Realizada transfusão de concentrado de plaquetas, com subida da contagem plaquetária após 24h para $142x10^9$/L. Verificada normalização posterior e ausência de recidiva durante o 1º mês de vida.

Comentários / Conclusões

A TNAI pode ter manifestações graves, nomeadamente hemorragia intracraniana, com risco de sequelas irreversíveis e morte. Assim, é essencial um diagnóstico precoce para selecionar o tratamento mais adequado e prevenção de complicações. A evolução apresentada foi atípica, sem recorrência de trombocitopenia nem necessidade de outros tratamentos. Destaca-se a importância de monitorizar futuras gestações.

Palavras-chave: trombocitopenia neonatal, trombocitopenia neonatal aloimune

PD-160 – (23SPP-12545) – TUMEFAÇÃO CERVICAL NEONATAL

Gonçalo Passos Croca[1]; Catarina Mendonça[1]; Joana Pereira[1]; Daniel Soares[1]; Luísa Preto[1]

1 – Centro Hospitalar do Oeste

Introdução / Descrição do Caso

A celulite neonatal é causada por *Streptococcus do grupo B* na maioria dos casos, com elevado risco de bacteriemia e sépsis. A apresentação clínica é bastante variável, tendo um início súbito e podendo manifestar-se com febre, irritabilidade ou tumefação. Sendo um indicador precoce de doença invasiva, o tratamento deve ser instituído rapidamente com recurso a cefalosporina de 3ª geração e gentamicina.

Recém-nascido com 14 dias de vida, sexo masculino, fruto de uma gestação de termo, dirigiu-se ao serviço de urgência por tumefação cervical esquerda com um dia de evolução. Sem outros sintomas acompanhantes, nomeadamente febre, soluções de continuidade, história de trauma ou alteração da ingesta. À observação apresentava tumefação cervical esquerda com 1.5-2cm de diâmetro, móvel, aparentemente indolor, sem sinais inflamatórios e sem limitação da mobilidade do pescoço. A avaliação analítica revelou leucocitose (20200/uL) com predomínio de neutrófilos e PCR de 0.2mg/dL. Realizada ecografia cervical que revelou "(…) tecido celular subcutâneo com espessura aumentada (…) podendo traduzir processo de celulite (…)". Iniciou antibioticoterapia empírica com cefotaxima e gentamicina, com resolução do edema em D4 de internamento. A hemocultura foi negativa. Alta ao 7º dia com indicação para manter antibioticoterapia com flucloxacilina oral até perfazer 14 dias.

Comentários / Conclusões

Este caso traduz uma apresentação subtil de uma doença invasiva bacteriana, sendo a elevada suspeição clínica, deteção precoce, tratamento adequado e atempado essenciais para o bom prognóstico.

Palavras-chave: Celulite, Neonatal

PD-161 – (23SPP-12679) – SÍNDROME DE ASSIMETRIA FACIAL DURANTE O CHORO – UM CASO CLÍNICO

Cláudia Miguel[1]; Nuno Almeida[1]; Fátima Santos[2]; Rui Pinto[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Unidade de Neuropediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 3 – Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução / Descrição do Caso

A hipoplasia congénita do músculo depressor do ângulo da boca é uma entidade rara e habitualmente benigna, que se manifesta por assimetria da face do recém-nascido apenas quando chora. Pode surgir, menos frequentemente, associada a outras malformações, nomeadamente craniofaciais ou cardíacas. Um diagnóstico diferencial a ter em conta é a paralisia facial, que inclui a paralisia facial central (por lesão encefálica, com envolvimento do andar inferior da face) e a paralisia facial periférica (por acometimento do nervo facial, com envolvimento de toda a hemiface). Apresentamos o caso de um recém-nascido, sexo masculino, fruto de gestação vigiada, com serologias maternas e ecografias fetais normais. Parto por ventosa às 40 semanas, sem intercorrências. Em D1 de vida, notada assimetria da face durante o choro, com desvio inferior da comissura labial à esquerda. Sem assimetria das pregas nasolabiais ou da testa e oclusão palpebral normal. Sem assimetrias da face em repouso. Restante exame físico normal, à exceção de icterícia e cefalohematoma occipital. Os Rastreios ocular, auditivos e cardiopatias congénitas por saturações pré e pós ductal foram normais. Fez aleitamento materno exclusivo com bons reflexos de sucção. Tendo em conta apresentação clínica típica e ausência de outras malformações, assumido o diagnóstico de hipoplasia do músculo depressor do ângulo da boca à direita.

Comentários / Conclusões

Pretende-se com o presente caso clínico chamar a atenção para a patologia apresentada como um diagnóstico que, embora raro, deve ser considerado em casos de choro assimétrico do RN. Um exame objetivo atento revela-se fundamental para o diagnóstico, tranquilização dos pais e para evicção de intervenções diagnósticas mais invasivas e desadequadas.

Palavras-chave: Assimetria facial do choro, Recém-nascido, Paralisia facial, Hipoplasia do músculo depressor do ângulo da boca

PD-162 – (23SPP-12840) – PAROTIDITE RECORRENTE JUVENIL – A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO A LONGO PRAZO

Sara Silva Rodrigues[1]; Filipe Ginja[1]; João Rebelo Lima[1]; Ana Raquel Silva[1]; Margarida Abreu[1]; Joana Macedo[1]

1 – Hospital de Braga E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

A parotidite recorrente juvenil (PRJ) é rara e caracteriza-se por múltiplos episódios de edema/dor da glândula parótida, de etiologia desconhecida. Em todos os doentes devem ser excluídas causas secundárias. Dado o seu caráter recorrente, tem um impacto negativo na infância, podendo motivar o recurso a antibioterapia (ATB). Criança de 8 anos, sexo masculino, com antecedentes de múltiplas cáries dentárias, seguida em consulta por episódios recorrentes de tumefação e dor na região parotídea, nos últimos 6 anos, por vezes bilaterais e sem febre, com dois internamentos e ATB em múltiplas ocasiões. Recentemente, efetuada drenagem percutânea com isolamento no pus de Enterobacter cloacae resistente a amoxicilina/ácido clavulânico e ampicilina, com internamento posterior para ATB EV. Já avaliado em Consulta de Reumatologia. Sem história familiar semelhante. Sem xeroftalmia, xerostomia, dor/edema articular ou exantemas cutâneos sugestivos de patologia autoimune. Ao exame objetivo, tumefação parotídea dura bilateral. Contagem celular, VS e níveis de imunoglobulinas normais. Serologias negativas. Estudo autoimune negativo. Ecografia a demonstrar estrutura heterogénea e áreas hipoecogénicas bilateralmente, sem cálculos ou obstruções ductais. Em RMN recente, as parótidas apresentavam um típico aspeto "em sal e pimenta", com áreas de restrição à difusão, traduzindo uma natureza inflamatória aguda, e realce heterogéneo.

Comentários / Conclusões

A PRJ, apesar de idiopática e de curso benigno, complica com sobreinfeções bacterianas, levando a resistências aos antibióticos e a perda progressiva da função glandular a longo prazo. É importante o seguimento destes doentes, assegurando adequada investigação etiológica em caso de não resolução espontânea.

Palavras-chave: parotidite recorrente, sobreinfeção bacteriana, investigação etiológica

PD-163 – (23SPP-12898) – WOOLLY HAIR NEVUS, UMA ENTIDADE RARA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Marques Oliveira[1]; Joana Cachão[1]; Lourdes Sousa[1]

1 – Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução / Descrição do Caso

O woolly hair é uma variante anormal de cabelo, caracterizada por cabelos enrolados, finos e hipopigmentados. Em 50% dos casos, associa-se a um nevo epidémico homolateral, condição designada por wolly hair nevus (WHN) tipo 2. Apresenta-se o caso de uma criança do sexo masculino, 2 anos, saudável, filho de pais não consanguíneos, enviado à consulta de Dermatologia, por apresentar desde os 4 meses de vida, uma área de cabelo fino e enovelado circunscrita à região parietal direita. Restante couro cabeludo sem alterações. Adicionalmente, verificou-se nevo epidérmico na região cervical direita, flanco direito e coxa direita. Restante exame objetivo, sem outros estigmas cutâneos nem, alterações dentárias, cardíacas ou oftalmológicas. For feito o diagnoóstico de WHN tipo 2 e dada a apresentação clínica típica não foi realizada biópsia do couro cabeludo. Posteriormente, foi avaliado em consultas de Oftalmologia e Cardiologia, sem alterações. Na consulta de Pediatria geral foi realizada investigação complementar com avaliação analítica geral, ecografia renal, radiografia do esqueleto e RM crânio-encefálica, também sem alterações de relevo.

Comentários / Conclusões

WHN tipo 2 é uma entidade rara, não hereditária, geralmente benigna, mas que pode estar associada a outras manifestações sistémicas, nomeadamente alterações ósseas, neurológicas, oftalmológicas, dentárias e, mais raramente, cardíacas e renais. Na presença de alterações do couro cabeludo sugestivas deverá ser feita a investigação complementar, no sentido de excluir alterações de outros órgãos e sistemas.

Palavras-chave: Woolly hair, Nevo epidérmico

PD-164 – (23SPP-12893) – SÍNDROME DE KABUKI – RELATO DE 2 CASOS

Marta Carvalho[1]; Armanda Rebelo[1]; João Filipe Nico[1]; Filipa Inês Cunha[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução / Descrição do Caso

A presença de várias anomalias no exame objetivo deve fazer suspeitar de síndromes que as enquadrem. A síndrome de Kabuki (SK) é rara, com prevalência de 1:32000. O seu diagnóstico é clínico, sendo características major: dismorfismos faciais, baixa estatura pós natal, anomalias esqueléticas e perturbação do desenvolvimento.
Apresentamos 2 casos:
Caso 1: rapaz, 10 anos. Nasce de termo, com pé boto bilateral, fendas palpebrais longas, columela baixa e fenda do palato. Diagnosticado foramen ovale patente que encerrou no 2º ano. Pé boto tratado com gessos de Ponseti e talas de Denis-Brown (DB) com boa resposta. Palatoplastia aos 13 meses (M), aos 23M identificada fístula, submetido a fistulorrafia, mas com insuficiência velofaríngea mantida. Evolução estatural inferior ao P3 e atraso global de desenvolvimento psicomotor (AGDPM).
Caso 2: rapaz, 7 anos. Diagnóstico pré-natal de hidronefrose. Nasce de 33 semanas, com pé boto bilateral, fendas palpebrais oblíquas, columela baixa, orelhas em concha e hipotonia. Confirmada hidronefrose por obstrução, submetido a cirurgia aos 11M, sem sequelas. Detetada comunicação interventricular que encerrou no 1º ano. Pé boto tratado com gessos de Ponseti e talas de DB com melhoria inicial, mas recidiva aos 4 anos com necessidade de cirurgia. Evolução estatoponderal inferior ao P3 e AGDPM.
Em ambos os casos foi estabelecido o diagnóstico de SK, tendo no caso 1 sido identificada mutação confirmatória no gene MLL2.

Comentários / Conclusões

Com estes casos pretendemos apresentar a variedade de manifestações associadas a SK. A abordagem multidisciplinar é essencial para melhoria da qualidade de vida e minimização de sequelas, sendo o Pediatra fulcral na integração dos dados para uma gestão mais fácil da doença pela família.

Palavras-chave: Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor, Dismorfismos, Síndrome de Kabuki, Multidisciplinaridade

PD-165 – (23SPP-12926) – MENSTRUAÇÃO NEONATAL (NEONATAL MENSTRUAL-LIKE BLEEDING) – QUE SIGNIFICADO CLÍNICO?

Mariana Santos Nobre[1]; Sara Sousa Fernandes[1]; Ana Sofia Nunes[1,2]; Isabel Soro[1]

1 – Serviço de Pediatra, Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A hemorragia uterina neonatal ou menstruação neonatal (neonatal menstrual-like bleeding, NMB) tem sido descrita na literatura como um evento fisiológico e não tem merecido atenção clínica.
Recém-nascido, sexo feminino, 3 dias de vida. Antecedentes obstétricos: gestação vigiada, sem intercorrências. Serologias do 3º trimestre sem evidência de infeção ativa e 3 ecografias pré-natais sem alterações. Parto por cesariana às 41 semanas e 1 dia de idade gestacional, Índice de Apgar 10/10/10. Peso ao nascimento 2865g (P3-10 de acordo com curvas de Fenton).
Recorre a consulta de Pediatria por presença de sangue vermelho-vivo na fralda, sem outras alterações. Ao exame objetivo, constatou-se hemorragia vaginal. Resolução espontânea 48 horas após.

Comentários / Conclusões

A associação de hemorragia uterina neonatal com pré-eclâmpsia materna, baixo peso ao nascimento e pós-maturidade/dismaturidade sugere que a ocorrência de NMB relaciona-se com a presença de sofrimento fetal causada por patologia placentária nos últimos meses de gestação.
Discute-se ainda a relação de causalidade entre a NMB e a endometriose na adolescência, especialmente *early-onset,* em crianças pré-púberes, onde o diagnóstico é desafiante e tardio. As circunstâncias que levam à ocorrência de NMB podem vir a constituir sinais e sintomas para a suspeição de endometriose de origem neonatal, melhorando o diagnóstico precoce na adolescente com dismenorreia.

Palavras-chave: Menstruação neonatal, Hemorragia uterina neonatal

PD-166 – (23SPP-12929) – CRIANÇA COM HEMOPTISE: UM OLHAR ALÉM DO PULMÃO

Mariana Ribeiro[1]; Sofia Seabra Vieira[1]; Maria Inês Sousa[1]; Ana Maia[1]; Diana Bordalo[1]

1 – Serviço de Pediatria Médica, UAG-MC do Hospital São João, E.P.E.-Porto

Introdução / Descrição do Caso

A hemoptise é uma hemorragia com ponto de partida no trato respiratório inferior que surge com tosse ou expetoração. Pode advir, habitualmente, de patologias cardíaca, infeciosa, pulmonar ou neoplásica. No entanto, existem vários mimetizadores de hemoptise, nos quais a hemorragia é proveniente das vias aéreas superiores, do sistema gastrointestinal, ou da cavidade oral. Na criança saudável, a hemoptise verdadeira é rara.

Apresenta-se um caso de criança de 8 anos, sexo masculino, referenciado à consulta de Pediatria Geral a partir dos Cuidados de Saúde Primários, por apresentar secreções respiratórias raiadas de sangue com 1 ano de evolução. O exame físico não revelou alterações, à exceção da cavidade oral, com dentição decídua em fase de esfoliação ativa e múltiplas cáries. O estudo analítico, incluindo hemograma, cinética do ferro e estudo da coagulação base eram normais. A telerradiografia de tórax não apresentou alterações. O rastreio de tuberculose com o teste Interferon Gamma Release Assay, foi negativo. Foi efetuada avaliação por Otorrinolaringologia, sem etiologia para a hemorragia, e por Estomatologia, com diagnóstico e tratamento de gengivite tartárica. Com promoção e adoção de higiene dentária adequada, verificou-se resolução do quadro. Apesar de ter sido solicitada tomografia computadorizada torácica, esta não foi realizada por diagnóstico de etiologia estomatológica da hemorragia.

Comentários / Conclusões

Salienta-se a grande variedade de diagnósticos diferenciais de hemoptise e a importância da consideração dos seus mimetizadores em idade pediátrica. Na criança saudável com expetoração com sangue é rara a hemoptise verdadeira, sendo fundamental uma abordagem seriada na investigação diagnóstica.

Palavras-chave: Hemoptise, Tosse, Higiene oral

PD-167 – (23SPP-12631) – PREVALÊNCIA DE FERROPENIA EM LACTENTES: UM ESTUDO OPORTUNISTA

Madalena Fonseca[1]; Inês R. S. Monteiro[2]; Filipa Ferreira[2]; Joana Jorge[2]; Manuela Braga[2]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN-Hospital de Santa Maria, EPE; 2 – Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução e Objectivos

Introdução: A ferropénia (Fp) é o défice nutricional mais comum e a principal causa de anemia na infância, podendo causar má progressão estaturo-ponderal e compromisso do neurodesenvolvimento. Na Europa, a prevalência estimada de Fp até aos 3 anos é de 5-20% e, em lactentes, a de anemia ferropénica (AFp) é de 3-9%. O rastreio e suplementação com ferro oral são apenas recomendados para grupos de risco e em populações com AFp > 10%.

Objetivo: Avaliar a prevalência de Fp e AFp numa amostra de lactentes dos 6M aos 12M.

Metodologia

Estudo retrospetivo e descritivo, através da consulta do processo clínico de filhos de mães com Hepatite B (VHB) até aos 12M, que realizaram por essa razão avaliação analítica (AA), entre janeiro de 2016 e dezembro de 2022. Análise de dados demográficos, clínicos e laboratoriais. Definida ferropénia como ferritina<13ng/dL; anemia Hb<10.5mg/dL e microcitose VGM<70fL.

Resultados

Total 111 lactentes, nascidos em Portugal, 53% do sexo feminino, 86.5% mães de naturalidade estrangeira. Oito prematuros e 4 com baixo peso ao nascer. A primeira AA foi realizada, em mediana, aos 9 meses (controlo serológico VHB). Tinham Fp 17%; ferritina mediana 28ng/dL; 26% anemia; 29% microcitose e AnF 9**%**. No total, 27% foram medicados com ferro, duração mediana de 3 meses (1 deles endovenoso).

Conclusões

O nosso estudo demonstrou uma prevalência elevada de Fp e de AFp, sendo por isso importante o seu rastreio de forma oportunista. Dado o viés de seleção da amostra, pode não ser representativa deste grupo etário em geral. Por ser um estudo retrospetivo, foram insuficientes os dados relacionados com os fatores de risco de Fp.

Palavras-chave: Ferropénia, Anemia ferropénia

PD-168 – (23SPP-12659) – INTERAÇÃO DIGITAL INFORMAL ENTRE MÉDICOS E DOENTES EM PEDIATRIA – BENEFÍCIOS, RISCOS E NECESSIDADE DE REGULAÇÃO

Luzia Condessa[1]; Maria Limbert[1]; Carlos Maia Dias[2]; Ana Tavares[1]

1 – Departamento da Criança – Hospital de Cascais; 2 – Hospital CUF Tejo

Introdução e Objectivos

A comunicação digital entre pacientes e médicos na pediatra é uma ferramenta útil que melhora a acessibilidade e reduz o uso inadequado de serviços de urgência. Como desvantagens, promove o trabalho médico ilimitado e não remunerado e o risco de perda de confidencialidade. Pretende-se avaliar a perceção de médicos pediatras quanto à sua experiência na interação digital informal (IDI).

Metodologia

Estudo observacional descritivo e transversal, com autopreenchimento de questionário (Google Forms®) por médicos internos de formação específica (IFE) e especialistas de pediatria em julho de 2023 (resultados preliminares).

Resultados

Obtivemos 137 respostas de pediatras. A maioria (77%) realiza IDI, valor que sobe para 88%, quando considerada a prática de medicina privada, sendo o Whatsapp® a plataforma preferencial. Quanto ao tempo diário despendido, 35% referiu uma média de 15 minutos, e 27% mais do que 30 minutos. A maioria (83%) considera ter resolvido de forma satisfatória (>50%) os problemas. O risco médico-legal foi reconhecido por 90% dos profissionais que realizam IDI e apenas 4% nega impacto das IDI na sua vida pessoal. Apesar de só 37% equipararem a IDI a uma consulta, a maioria dos médicos equipara esta interação a uma teleconsulta (66%) e considera que esse trabalho deveria ser remunerado (89%).

Conclusões

As plataformas digitais têm-se revelado promissoras na prática pediátrica e é expectável o seu uso crescente no futuro. Apesar de reconhecidas várias vantagens para os doentes, este estudo destaca o impacto negativo das IDI no volume de trabalho dos profissionais e a necessidade da sua formalização e remuneração como ato médico. É urgente delinear estratégias reguladoras de modo a minimizar os riscos para a segurança do doente e do pediatra.

Palavras-chave: interação digital informal, pediatria, ambulatório

PD-169 – (23SPP-12955) – PSORÍASE UNGUEAL NA INFÂNCIA – RELATO DE CASO

Francisca Gomes[1]; Inês Candeias[1]; Alexandra Vilas Fabião[1]; Sara Silva Rodrigues[1]; Ivo Miguel Neves[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A psoríase infantil apresenta uma prevalência de cerca de 0,71% na Europa. As alterações ungueais podem estar presentes em até 40% das crianças com psoríase, sendo a mais frequente o pitting ungueal, mais comum nas unhas das mãos do que nos pés. O diagnóstico de psoríase ungueal pode ser difícil, uma vez que outras doenças podem ter manifestações ungueais semelhantes, nomeadamente a onicomicose, traquioníquia, alopécia areata, eczema ungueal e distrofias ungueais traumáticas.

Criança de 8 anos, sexo feminino, encaminhada pelo seu médico de família para a consulta de Pediatria por suspeita de onicomicose nas unhas das mãos e dos pés. História de unhas quebradiças com 3 anos de evolução e por vezes lesões eritematosas pruriginosas nas pálpebras e cotovelos. Sem outras queixas. Antecedentes familiares de dermatite atópica. Ao exame físico, com pitting em todas as unhas das mãos e pés e distrofia ungueal (Figura 1), xerose cutânea na pálpebra direita e nos cotovelos, sugestiva de lesões de dermatite atópica. Após diagnóstico de psoríase ungueal infantil, encaminhada para consulta de Dermatologia Pediátrica. Medicada com creme reparador de unhas para a psoríase.

Comentários / Conclusões

A psoríase na infância é uma doença rara e o seu diagnóstico é clínico, no entanto, quando a única manifestação são alterações ungueais, o seu diagnóstico pode ser um desafio. Este caso relata uma suspeita inicial de onicomicose nas unhas das mãos e dos pés, contudo, esta é uma entidade excepcional em crianças menores de 10 anos e normalmente restringe-se a um dedo. Em caso de dúvida diagnóstica pode realizar-se um exame micológico para exclusão de onicomicose.

Palavras-chave: psoríase, psoríase ungueal, pitting

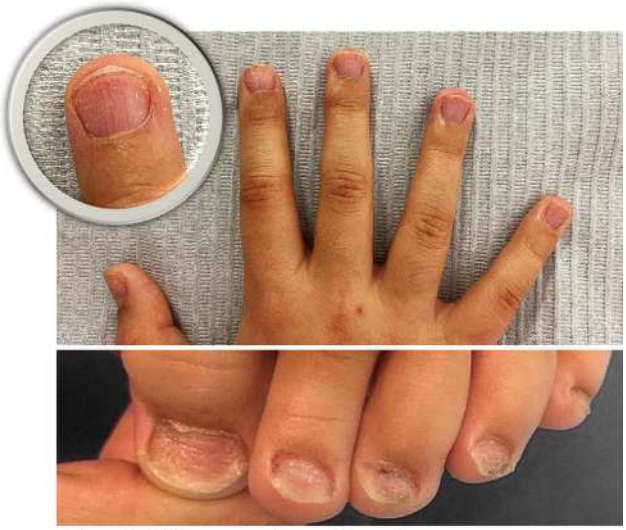


Figura 1: *Pitting* ungueal nas mãos e pés.

PD-170 – (23SPP-12875) – O EXCESSO DE PESO EM IDADE ESCOLAR NA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL

Alexandra M. Rodrigues[1]; Lara Torres[1]; Rita Salgueiro[1]; Íris Silva[1]; Pedro Fernandes[1]; Rita S. Oliveira[1]

1 – Serviço de Pediatria – Unidade Local de Saúde da Guarda

Introdução e Objectivos

O excesso de peso em idade pediátrica é uma realidade crescente sendo por vezes menosprezado pelas famílias e alguns profissionais de saúde. Identificar, entre as crianças em idade escolar observadas em primeira consulta de Pediatria Geral (PCPG) em 2019, qual a prevalência de excesso de peso e a sua evolução até à atualidade. Comparar o z-score IMC em PCPG em 2019 com 2023 após intervenção em Reunião de Serviço. Identificar a prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer (BPN) destas crianças.

Metodologia

Estudo transversal, prospetivo. Incluíram-se todas as crianças entre 5-10 anos com PCPG em 2019. A análise descritiva incluiu idade gestacional, peso ao nascer, antropometria, z-score IMC e orientação se excesso de peso. Os resultados apresentaram-se em Reunião de Serviço de Pediatria com alerta dos critérios excesso de peso melhorando a orientação. Em 2023 colheu-se a antropometria das crianças com z-score IMC>1 em 2019.

Resultados

Em 2019 houve 156 PCPG a crianças entre 5-10 anos. Destas, 28% tinham pelo menos excesso de peso (8 com z-score IMC>3) onde 9% tinham BPN e 7% eram prematuros. Tal é superior ao total de crianças PCPG: 6% com BPN e 5% prematuros. Em 2019, 20% das crianças com excesso de peso tiveram orientação: aconselhamentos alimentares, consulta nutrição ou consulta de obesidade. Em 2023, 43% mantinha z-score IMC>1. Porém, houve resolução/melhoria de z-score IMC em 54% (13% z-score IMC<1). Além disso, 65% tinham orientação desta condição.

Conclusões

Na literatura o baixo peso ao nascer e prematuridade aumentam o risco de excesso de peso futuro e tal verificou-se neste estudo, apesar de não ser estatisticamente significativo. A intervenção para consciencializar e resolver o excesso de peso são fundamentais para evitar comorbilidades consequentes

Palavras-chave: Obesidade, Excesso de Peso, Consulta de Pediatria Geral, Baixo Peso ao Nascer e Prematuridade

PD-171 – (23SPP-12746) – IMPACTO DA LEITURA DE HISTÓRIAS E DE OUTRAS ROTINAS NO SONO – ESTUDO DO SONO NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

Afonso Sousa[1]; Sílvia Afonso[2]

1 – Àrea de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Hospital Dona Estefânia; 2 – Unidade de Desenvolvimento do Centro de Estudos do Bebé e da Criança do Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução e Objectivos

Os distúrbios do sono podem perturbar o neurodesenvolvimento. As rotinas pré-sono como a leitura de histórias promovem um sono saudável.

Metodologia

Estudo observacional transversal em amostra de conveniência de pais de crianças entre os 3 e 5 anos de escolas da área metropolitana de Lisboa entre Fevereiro e Maio de 2023.

Resultados

Participaram 118 crianças, 50.8% do sexo feminino, entre os 3 e 5 anos de idade e distribuídas por escolas com diferentes características socioeconómicas.

Cerca de 90% dos pais já contaram histórias ao adormecer, 59% fá-lo, pelo menos, uma vez por semana e 25% diariamente. Os principais motivos são: convívio pais-filhos, estimulação da criatividade e de hábitos de leitura. Metade da amostra associa a leitura de histórias a um sono mais tranquilo. Outras rotinas pré-sono diárias mais comuns são despedir-se dos pais (80.5%), conversar (73.7%) e brincar com brinquedos (47.0%). Apenas 19% e 9% nunca veem vídeos ou televisão, respetivamente, antes de dormir.

40% das crianças têm problemas de sono. Nesta amostra não se encontrou uma associação entre a qualidade do sono e a leitura de histórias ou outras rotinas com exceção do rezar e meditação ($p< 0,05$). Um melhor nível socioeconómico e a escolaridade materna associam-se a rotinas pré-sono como a leitura ao adormecer. A qualidade do sono associa-se à escolaridade dos pais e ao nível socioeconómico ($p<0,05$).

Conclusões

Os problemas de sono nesta faixa etária são prevalentes (40%).

A leitura de histórias é um hábito frequente na idade pré-escolar.

Os pais associam este hábito à promoção do desenvolvimento nas crianças, não se associando a uma melhor qualidade de sono.

O impacto dos fatores demográficos e socioeconómicos na qualidade de sono e nas rotinas pré-sono deve ser valorizado.

Palavras-chave: SONO, PRÉ-ESCOLAR, ROTINAS NO SONO

PD-172 – (23SPP-12569) – DIETAS VEGETARIANAS E VEGANAS EM IDADE PEDIÁTRICA: SERÃO AS DIETAS ALTERNATIVAS PREJUDICIAIS AO CRESCIMENTO INFANTIL?

Retirado a pedido do autor

PD-173 – (23SPP-12642) – BLOQUEIO AURICULO-VENTRICULAR EM ATLETA: IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DOS EXAMES MÉDICO-DESPORTIVOS

Carla Rosa[1]; Sofia Guedes[1]; Daniela Henriques[1]; Filipa Vilarinho[1]; Susana Moleiro[1]; Aldina Lopes[1]

1 – Hospital Distrital de Santarém

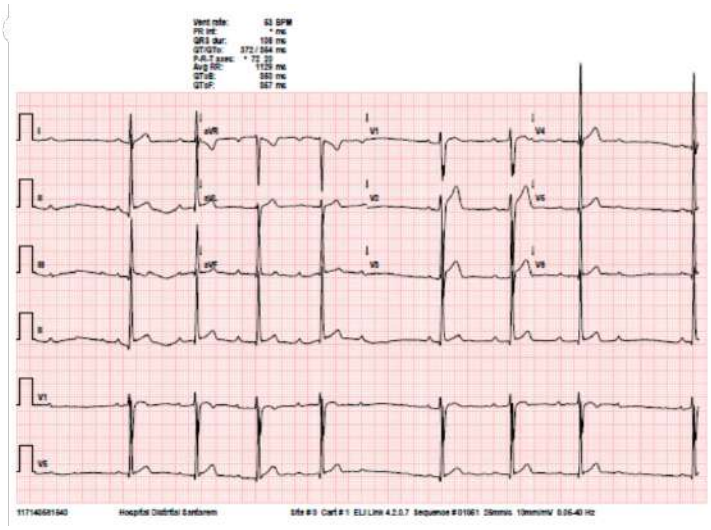
Introdução / Descrição do Caso

As arritmias induzidas pelo exercício podem ser benignas ou potencialmente fatais. As alterações electrofisiológicas do coração durante a prática desportiva podem ocorrer de forma assintomática e os exames médico-desportivos são essenciais para aferir a existência de restrições à atividade física. Apesar de não serem obrigatórios para atletas não federados, esta ferramenta é fundamental para a segurança do atleta e por isso altamente recomendada.

Adolescente de 15 anos, atleta de basquetebol, antecedentes pessoais e familiares de traço talassémico. Observado no SU por dor retroesternal tipo pleurítica traumática por embate num colega durante um jogo de basquetebol. Exame objetivo sem alterações. ECG relevou bloqueio aurículo-ventricular (BAV) grau II- Mobitiz I em repouso. Radiografia torácica e enzimologia cardíaca sem alterações. Alta com indicação para suspender atividade física e referenciado para consulta. Holter documentou BAV de grau variável – BAV 2º grau Mobitz I, BAV 2:1, BAV alto grau com 3 pausas, a maior com 5020mseg em período diurno, sem sintomas. Ecocardiograma revelou origem anómala da coronária direita (seio coronário esquerdo) e trajeto interarterial longo. Foi submetido a cardioneuroablação com sucesso, com holter posterior a comprovar ritmo sinusal.

Comentários / Conclusões

A descoberta acidental de BAV 2º grau – Mobitz I num adolescente desportista foi a chave para a investigação de uma patologia mais grave e potencialmente fatal. A morte súbita cardíaca apesar de uma condição rara é muitas vezes a primeira manifestação de patologia cardíaca. Destaca-se a importância da realização dos exames médico desportivos com avaliação de ECG, independentemente da condição médica pré-existente.



PD-174 – (23SPP-12602) – MIOCARDIOPATIA DILATADA COM INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE FEOCROMOCITOMA

Fiona Caldeira[1]; Kaylene Freitas[1]; Alexandra Rodrigues[1]; Andreia Barros[2]; Edite Costa[2]; Pedro Epifânio[3]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital Central do Funchal; 2 – Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Central do Funchal; 3 – Serviço de Cardiologia do Hospital Central do Funchal

Introdução / Descrição do Caso

O feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro com incidência na idade pediátrica de 0,2 a 0,5 casos/milhão. As complicações cardiovasculares são raras e potencialmente fatais.
Caso clínico: adolescente 14 anos, com três dias de evolução de tosse, dor abdominal, hipersudorese e dispneia de esforço. À observação: pálida, diaforética, normotensa, taquicardica e com hepatomegalia. A radiografia torácica apresentava aumento do índice cardiotorácico e o eletrocardiograma taquicardia sinusal. O ecocardiograma transtorácico revelou miocardiopatia dilatada, com fração de ejeção ventricular esquerda (FEjVE) de 15% e trombo no ápex do ventrículo esquerdo. Foi internada na unidade de cuidados intensivos pediátricos. Durante o estudo realiza tomografia computorizada abdominal que identificou uma massa na glândula suprarrenal direita compatível com feocromocitoma, confirmado por doseamento laboratorial. Por agravamento clínico apesar de terapêutica instituída, foi transferida para um centro de referência e colocada em oxigenação por membrana extracorporal (ECMO) durante dez dias, para possibilitar a excisão do feocromocitoma. Teve alta em D84 com lisinopril, carvedilol, espironolactona, ivabradina e varfarina. A ressonância magnética cardíaca, cinco meses após a alta, revelou uma melhoria global da FEjVE e uma zona de necrose transmural apical. Atualmente, após cinco anos de seguimento, apresenta melhoria clínica e imagiológica significativa, com FEjVE de 52% sob terapêutica.

Comentários / Conclusões

O caso clínico descrito exemplifica uma apresentação inicial pouco comum de feocromocitoma, na forma de miocardiopatia dilatada. A estabilização inicial destes doentes é um desafio e o tratamento definitivo requer intervenção num centro de referência multidisciplinar.

Palavras-chave: feocromocitoma, neuroendócrino, miocardiopatia, ecocardiograma

PD-175 – (23SPP-13048) – SALVA PELO SMARTWATCH: UM CASO CLÍNICO DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR ASSINTOMÁTICA

Rebeca Santos[1]; Bárbara Aguiar[1]; Dolores Barros[1]; Sérgio Laranjo[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo; 2 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Marta

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: A taquicardia supraventricular (TSV) é a arritmia mais frequente na emergência pediátrica. O diagnóstico pode ser difícil, principalmente em indivíduos assintomáticos, mas os *smartwatches* oferecem uma solução plausível, permitindo a monitorização cardíaca contínua e a deteção precoce de arritmias.
Descrição do caso: Adolescente de 16 anos, sexo feminino, com antecedentes familiares e pessoais irrelevantes, que se apresenta com taquicardia intermitente, assintomática, detetada pelo seu *smartwatch*. Eletrocardiograma e ecocardiograma iniciais sem alterações. Durante realização de prova de esforço, entrada em TSV, pelo que foi encaminhada para o Serviço de Urgência Pediátrico (SUP). À admissão, sem queixas e tensões arteriais dentro de valores adequados. Em TSV, que reverteu a ritmo sinusal com adenosina, e foi tratada com bisoprolol, seguido de amiodarona. Episódios subsequentes de TSV assintomática resultaram na transferência para o serviço de Cardiologia Pediátrica, onde realizou estudo eletrofisiológico compatível com taquicardia de reentrada no nódulo aurículo-ventricular (TRNAV). Feita crioablação, sem intercorrências, permanecendo sem novos episódios de TSV.

Comentários / Conclusões

Conclusão: Este caso realça o uso inovador de um *smartwatch* no diagnóstico de uma rara TRNAV *fast-slow*, tipo superior. Não só destaca a possível utilidade clínica destas tecnologias no diagnóstico precoce de arritmias, como encoraja a comunidade médica a explorar a sua utilização para a monitorização remota do ritmo cardíaco, personalizando os cuidados de saúde.

Palavras-chave: taquicardia supraventricular, assintomático

PD-176 – (23SPP-12906) – PERICARDITES – CASUÍSTICA DAS ADMISSÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II

Raquel Marques Oliveira[1]; Inês Fernandes[1]; Joana Cachão[1]; Graça Nogueira[1]

1 – Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução e Objectivos

A pericardite é uma doença inflamatória que afeta as membranas do pericárdio. A etiologia mais frequente é a infeciosa, nomeadamente viral. É uma entidade pouco frequente em idade pediátrica, sendo necessário um elevado índice de suspeição. Neste trabalho pretendeu-se caracterizar a apresentação, a orientação diagnóstica e terapêutica e o seguimento dos doentes admitidos num serviço de urgência pediátrica (SUP) que foram diagnosticados com pericardite.

Metodologia

Análise retrospetiva e descritiva das admissões no SUP de um hospital de nível II entre janeiro de 2012 e dezembro de 2022

Resultados

Foram identificados 21 doentes. Observou-se um predomínio do sexo masculino (81%) e uma idade média de 15 anos. A dor torácica foi a queixa que motivou a admissão no SUP com maior frequência (90%). Todos os doentes realizaram ECG, 71% apresentaram alterações, observando-se elevação do segmento ST em 47%. 95% dos doentes realizaram ecocardiograma, que evidenciou alterações em 25% dos casos, estando o derrame pericárdico presente em 10% dos casos. Em 52% foi diagnosticada miopericardite. Todos os doentes realizaram terapêutica anti-inflamatória com evolução favorável. Foi associada colchicina em 57% dos casos. 10% apresentaram recorrência dos sintomas após o episódio inaugural.

Conclusões

Nesta casuística verificou-se que os dados demográficos da população estudada foram concordantes com os descritos na literatura. A pericardite apresenta habitualmente um curso benigno e auto-limitado, com boa resposta à terapêutica. Apesar de ser uma entidade rara em idade pediátrica, é uma das causas de dor torácica que deve ser considerada nesta população.

Palavras-chave: Pericardite, Miopericardite, Dor torácica

PD-177 – (23SPP-12790) – DOENÇA DE KAWASAKI – UMA CRONOLOGIA POUCO COMUM

Maria Inês Brito[1]; Joana Antunes Pereira[1]; Gonçalo Passos Croca[1]; Luisa Preto[1]; Ana Sofia Esteireiro[1]; Andreia Morais[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Oeste – Caldas da Rainha

Introdução / Descrição do Caso

A doença de Kawasaki (DK) possui critérios clínicos, que incluem obrigatoriamente a presença de febre. Geralmente é autolimitada, mas pode complicar-se com o desenvolvimento de aneurismas das artérias coronárias.

Criança de 4 anos, sexo feminino, recorre ao Serviço de Urgência (SU) de um Hospital Nível II por otalgia e odinofagia com 36 horas de evolução, associada a tumefação cervical, exantema e lesões papulares na região genital e perineal. Foi assumido diagnóstico presuntivo de amigdalite, medicada com azitromicina. Regressou 24 horas depois por agravamento do exantema e hiperemia conjuntival bilateral. Negava febre ou toma de antipiréticos em esquema fixo. Ao exame objetivo, destacava-se adenomegalia cervical esquerda dolorosa, exantema coalescente não rugoso no abdómen e dorso, eritema palmar, queilite, enantema e língua em framboesa. Analiticamente: ligeira leucocitose, aumento das transaminases, pCr de 9 mg/dl e velocidade de sedimentação de 74mm/h. Iniciou no SU picos febris a cada 6 horas. Discutido caso com Cardiologia Pediátrica de Hospital Nível III e iniciada imunoglobulina, que repetiu após 24 horas por manter febre. Realizou ecocardiograma em D2 de internamento, que revelou artérias coronárias com aneurisma sacular do tronco comum com 3 mm, confirmando-se diagnóstico de DK. Iniciou ácido acetilsalicílico. Teve alta em D8, clinicamente estável e apirética desde D2, após repetição de ecocardiograma no qual mantinha o aneurisma.

Comentários / Conclusões

A DK apresenta variadas manifestações sistémicas, sendo a febre critério clínico obrigatório. Este caso demonstra que, apesar de uma cronologia atípica de DK, verificaram-se complicações cardiovasculares precoces associadas à doença e reforça a importância de uma elevada suspeição clínica.

Palavras-chave: Doença de Kawasaki, Febre, aneurisma das artérias coronárias

PD-178 – (23SPP-12538) – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE VENTRÍCULO ESQUERDO HIPOPLÁSICO – NEM TUDO É O QUE PARECE

Inês De Almeida Santos[1]; Isabel Graça[2]; Graça Nogueira[2]; Miguel Abecasis[2]; Rui Anjos[2]

1 – USF Rodrigues Miguéis; 2 – Hospital de Santa Cruz

Introdução / Descrição do Caso

O síndrome de coração esquerdo hipoplásico (SCEH) é uma das cardiopatias congénitas mais graves, cuja única solução é cirúrgica e complexa, efetuada em três estadios e apenas paliativa. Impõe um desafio importante às equipas de diagnóstico pré-natal e famílias e, na maioria das vezes, culmina na interrupção médica da gravidez (IMG).
Apresentamos um caso de um feto no qual foi identificado um ventrículo esquerdo (VE) hipoplásico na ecografia morfológica às 23 semanas, classificado como SCEH e cuja gravidez se encontrava em seguimento no Centro de Saúde. Dada a idade gestacional (IG) limite para ser considerada a IMG foi efetuada a referenciação urgente à Cardiologia Pediátrica.
Confirmou-se uma desproporção ventricular severa, com VE hipoplásico e um *z-score* da válvula mitral de – 4. Contudo, identificou-se uma aorta transversa hipoplásica com hipoplasia extrema do istmo (*z-score*: – 3.24) sugerindo coartação da aorta (CoAo) grave.
As medições foram compatíveis com um VE *borderline*, foi discutido em equipa multidisciplinar e tomada a decisão de progredir com a gravidez. Evolutivamente manteve-se estável até ao final da gestação. O parto foi eutócico às 38S, IA 9/10/10 e PN 3,1kg. Confirmou-se o DPN de CoAo grave com VE *borderline* e identificou-se válvula aórtica bicúspide associada. O recém-nascido iniciou PGE1 IV 10 ng/kg/min e foi submetido a reparação da CoAo aos 7 dias de vida com bom resultado e sem complicações.

Comentários / Conclusões

O DPN de VE hipoplásico é uma urgência cardiológica. Nem todos evoluem para SCEH. É possível estimar a viabilidade do VE para reparação biventricular ou não. Essa informação deve ser dada em tempo útil ao casal.

Palavras-chave: diagnóstico pré-natal, ventrículo esquerdo hipoplásico, interrupção médica da gravidez

PD-179 – (23SPP-12776) – O MAPA NO DIAGNÓSTICO E SEGUIMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDADE PEDIÁTRICA

Rita Sousa[1]; Bárbara Parreira[1]; Guilhermina Freire[2]; Rute Viçoso[2]; Silvana Crispim[2]; Luísa Bento[2,3]; Margarida Pinto[1]; Manuela Braga[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.; 2 – Laboratório de Técnicas de Diagnóstico Não Invasivas de Ambulatório, Bloco de Exames Especiais, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.; 3 – Serviço de Cardiologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.

Introdução e Objectivos

A hipertensão arterial (HTA) constituí um importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte prematura evitável na idade adulta. Estima-se uma prevalência de 4% na população pediátrica portuguesa com tendência crescente.
A sensibilidade da medição de pressão arterial (PA) em consulta para o diagnóstico da HTA é inferior a 49%. O presente estudo pretende avaliar a utilização do MAPA no diagnóstico e seguimento da HTA em crianças e adolescentes.

Metodologia

Estudo retrospetivo de crianças seguidas em consulta hospitalar que realizaram MAPA entre janeiro 2017 e dezembro 2022.

Resultados

Foram analisados os registos de 120 MAPA de 96 crianças (86 diagnóstico inicial, 10 com HTA controlada farmacologicamente).
A prevalência de HTA nesta população foi 31%. A mediana de idade foi 15 anos, 51% do género masculino e 38,5% com antecedentes familiares de HTA. A prevalência de patologia nefrológica e patologia respiratória foi 15,6% e 10,4%, respetivamente. A prevalência de obesidade/excesso de peso foi 50%, superior à média para a polução pediátrica portuguesa. Na avaliação em consulta, 64% foram classificados com HTA grau 1 ou 2. O MAPA confirmou o diagnóstico em 23%, valor inferior ao descrito na literatura. O "fenómeno de bata branca" foi detetado em 22%. Cerca de 20% tinha perfil *não-dipper* e 13,3% lesão de órgão-alvo, sendo a hipertrofia do ventrículo esquerdo mais frequente. Em 20 das 30 crianças iniciou-se terapêutica farmacológica. O enalapril foi o fármaco mais utilizado.

Conclusões

Tendo em conta a baixa sensibilidade da medição da PA em consulta para o diagnóstico da HTA, na idade pediátrica, o MAPA deve se utilizado tanto no diagnóstico como na monitorização terapêutica.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, MAPA, Pediatria, Risco Cardiovascular

PD-180 – (23SPP-12865) – FEBRE E LEUCOCITÚRIA NUM PEQUENO LACTENTE: NEM TUDO É O QUE PARECE!

Cindy Gomes[1]; Inês Rodrigues[1]; Ana Isabel Duarte[1]; Julieta Morais[1]

1 – Centro Hospitalar Médio Tejo

Introdução / Descrição do Caso

A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite de médios vasos, frequente em crianças entre 1 a 5 anos, rara em menores 6 meses. Define-se por febre persistente (duração >5 dias), mucosite oral, hiperémia conjuntival bilateral não exsudativa, alterações acrais e linfadenopatia cervical aguda.

Lactente 3 meses, masculino, trazido ao Serviço de Urgência (SU) por febre com 6 horas de evolução. Colheita de urina com parâmetros sugestivos de pielonefrite, alta com Cefuroxime oral.Regressa ao SU em D3 por febre e irritabilidade.Avaliação analítica leucocitose com neutrofilia, Proteina C reativa 12,5 mg/dL; Urina mantendo leucocitúria. Internado sob cefuroxime endovenoso.Uroculturas negativas, mantendo irritabilidade e febre difícil de ceder com má perfusão periférica foi feito *switch* para Ceftriaxone.Em D4 surge exantema eritematoso (tronco e membros que progrediu para a região perineal) e diarreia com muco, D5 hiperemia conjuntival bilateral. Por suspeita de DK, transferido para hospital nível III para observação pela Cardiologia, revelando dilatação da artéria coronária direita (diâmetro 2.64mm).Iniciou ácido acetilsalicílico, perfusão de imunoglobulina e metilprednisolona 7 dias.Apirético desde o início da terapêutica, melhoria clínica e analítica mantendo seguimento em consulta de Cardiologia, com evolução favorável.

Comentários / Conclusões

Piúria estéril é uma possível manifestação sistémica de DK, além das alterações nas coronárias.A maior dificuldade de diagnóstico nos lactentes, com apresentações "incompletas" de DK, assim como maior risco de envolvimento coronário, condiciona uma importante morbimortalidade.O índice de suspeição deve ser maior nesta faixa etária, e o tratamento precoce reduz o risco de lesões coronárias graves e cardiopatias a longo prazo.

Palavras-chave: Doença de Kawasaki, Febre, Pielonefrite

PD-181 – (23SPP-12666) – INTERRUPÇÃO DO ARCO AÓRTICO – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Sofia Rito[1]; Armanda Rebelo[2]; Isabel Santos[1]; Paula Martins[1]; António Pires[1]

1 – Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; 2 – Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução / Descrição do Caso

Introdução:

A interrupção do arco aórtico (IAA) é um defeito cardíaco estrutural raro, responsável por 1,5% das doenças cardíacas congénitas. Apresenta-se frequentemente como choque cardiogénico no período neonatal, uma vez que a circulação sistémica se encontra dependente da patência do canal arterial. Os autores descrevem um caso de IAA com uma apresentação atípica.

Descrição do caso:

Criança do sexo feminino, com 4 anos, referenciada à consulta de Cardiologia Pediátrica por hipertensão arterial (HTA) grau 1, assintomática. Causas não cardíacas de HTA tinham sido previamente excluídas na consulta de Pediatria. À observação, constatado gradiente de pressão arterial de 24 mmHg entre o membro superior direito e a perna esquerda, sopro sistólico II/VI no bordo esternal esquerdo e os pulsos femorais eram fracos à palpação. No ecocardiograma transtorácico observa-se gradiente de pressão no istmo aórtico de 55 mmHg, com *run-off* diastólico, hipertrofia ventricular esquerda e função biventricular preservada. Realizada angiotomografia computadorizada, que evidenciou descontinuidade entre o arco aórtico distal e a aorta descendente, além de múltiplos vasos colaterais.

Comentários / Conclusões

Discussão:

Devido à sua raridade, poucos casos de interrupção tardia do arco aórtico se encontram descritos na literatura. A avaliação da pressão arterial deve ser realizada desde idades precoces, devendo-se considerar sempre a exclusão de causas cardíacas de HTA. Mesmo na ausência de uma causa cardíaca estrutural para a HTA, o coração é um órgão-alvo, e, um diagnóstico tardio de lesão pode afetar o prognóstico.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial; Interrupção do Arco Aórtico; Anomalia Cardíaca Congénita.

PD-182 – (23SPP-12950) – SÍNDROME DE TAQUICARDIA ORTOSTÁTICA POSTURAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Mouro[1]; Rafaela Paiva[1]; Ana Cláudia Moura[1]; Ana Carriço[1]; Otília Cunha[1,2]; Isabel Carvalho[1,3]

1 – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Sociedade de Urgência e Emergência Pediátrica; 3 – Centro Diagnóstico Pneumológico de Gaia

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome da taquicardia ortostática postural (POTS) é caraterizada pelo aumento excessivo da frequência cardíaca (FC) e intolerância ao ortostatismo, altamente incapacitante e com um grande impacto na qualidade de vida dos jovens, que pode ser exacerbada por fatores externos mínimos, como febre e ansiedade.

Os autores descrevem o caso de uma adolescente de 17 anos, que recorreu ao SU por um quadro de infeção das vias aéreas superiores, acompanhado de toracalgia e palpitações. Com história de infeção por SARS-CoV2 3 meses antes. Ao exame objetivo, com taquicardia, palidez cutânea, visão turva e tonturas aquando do levante, com frequências cardíacas médias de 80 bpm em decúbito dorsal e superiores a 140 bpm com o ortostatismo. TA no P50. Realizou um ECG, que demonstrou taquicardia sinusal. Os marcadores cardíacos, ecocardiograma, TAC abdominopélvica, doseamento das hormonas tiroideias, cortisol, ACTH, aldosterona e renina, metanefrinas e catecolaminas, e auto-anticorpos não demonstraram alterações.

Após exclusão dos principais diagnósticos diferenciais e causas secundárias, foi assumido o diagnóstico de POTS, tendo sido dadas recomendações no sentido de melhor controlo dos episódios futuros. Por manter episódios de taquicardia com o ortostatismo, desencadeados por fatores mínimos e com impacto na sua atividade diária, foi integrada num programa de reabilitação cardíaca, que inclui exercícios físicos com objetivo de obter um recondicionamento cardiovascular que permita atenuar a intolerância ao ortostatismo.

Comentários / Conclusões

Apesar de o prognóstico ser favorável, raramente existe recuperação completa, sendo fundamental manter um estilo de vida saudável, nomeadamente uma atividade física regular, para melhor controlo dos sintomas.

PD-183 – (23SPP-12971) – PERFURAÇÃO DA HIPOFARINGE: UMA COMPLICAÇÃO RARA DE UM ACIDENTE FREQUENTE

Ricardo Domingos Grilo[1]; David Gomes[1]; Joana Gaspar[1]; Sofia Carneiro[2]; João Estrada[2]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora; 2 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

A ingestão de corpo estranho (CE) é um acidente comum em crianças até aos 3 anos, mas só uma minoria causa complicações e necessita de cirurgia. Se pontiagudos, podem impactar e perfurar o tracto aerodigestivo.

Criança de 2 anos, saudável, recorreu ao SU por febre há 48h, recusa alimentar e irritabilidade. À observação: choro gritado, rigidez da nuca com mobilização cervical em bloco, sem outras alterações. Elevação de parâmetros analíticos de inflamação, realizou PL com saída de líquor sem alterações patológicas. Apura-se na história pregressa engasgamento durante a refeição 5 dias antes, com sialorreia posterior, pelo que realizou radiografia cervical sem evidência de corpo estranho, tendo alta com medidas sintomáticas. Face a este dado, fez TC-cervical que revelou: "corpo estranho no recesso piriforme esquerdo, que parece perfurar os tecidos moles, ar no espaço retro-faríngeo, extremidade a 7mm do eixo jugulo-carotídeo esquerdo". Transferido por necessidade de intervenção cirúrgica por ORL. Removido CE (pinça de caranguejo), e identificadas 2 perfurações na parede posterior da hipofaringe, sendo uma suturada. Transferido para a UCIP no pós-operatório imediato, onde se manteve intubado e ventilado durante 5 dias para cicatrização e protecção da via aérea, com estabilidade hemodinâmica mantida. Sem complicações infecciosas, sob Ceftriaxone e Clindamicina. Alta ao 9º dia de internamento, melhorado e a tolerar alimentação oral, após controlo de TC-cervical sem hemorragia ou *air-leak*.

Comentários / Conclusões

O recesso piriforme é um local comum de impactação de CE pontiagudo. A perfuração da hipofaringe é rara, mas grave, exigindo diagnóstico, intervenção cirúrgica, protecção da via aérea e profilaxia infecciosa atempados, para diminuir a morbimortalidade.

Palavras-chave: Corpo estranho, Engasgamento, Perfuração, Hipofaringe, Cirurgia

PD-184 – (23SPP-12612) – LEUCEMIAS NO LACTENTE- EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marta Pelicano[1]; Carolina Germana Silva[2]; Márcia Bonfadini[3]; Sérgio Lamy[3]; Joana Oliveira[4]; Ximo Duarte[4]

1 – Hospital de São Francisco Xavier; 2 – Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 3 – Hospital Dona Estefânia; 4 – IPO Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

As leucemias agudas diagnosticadas no pequeno lactente estão, muitas vezes, associadas a fatores de mau prognóstico. A hiperleucocitose é uma emergência oncológica e as complicações associadas ao tratamento podem também associar-se a toxicidade grave. Os autores descrevem dois casos de leucemia aguda, cujo desfecho foi fatal.

Lactente de 1 mês e 24 dias, sexo masculino, admitido na UCIP com diagnóstico de Leucemia aguda bifenotípica (mieloide monocítica e linfoblástica) associada a hiperleucocitose (750000/uL), anemia (Hb 5,1 g/dL), trombocitopenia (59000/uL) e critérios de síndrome de lise tumoral. Desde D3 com diátese hemorrágica significativa (hemorragia SNC e mucocutânea), incontrolável apesar da terapêutica instituída. Faleceu em D5 em contexto de hipertensão intracraniana.

Lactente de 3 meses, sexo feminino, com diagnóstico de LLA-B, admitida na UCIP por choque séptico, sem agente identificado, em contexto de aplasia medular grave durante quimioterapia da fase de indução. Evolução desfavorável com insuficiência respiratória aguda (entubada em D2), hipotermia, hipercaliemia e anasarca. Em D5 morte em contexto de hipertensão abdominal, choque refratário, condicionando lesão renal aguda, disfunção multiorgânica e hipertensão intracraniana.

Comentários / Conclusões

Os casos acima descritos condicionaram diferentes desafios terapêuticos. No primeiro caso, a leucoestase associou-se a hemorragia incontrolável e CIVD. No segundo caso, a toxicidade inerente à terapêutica desencadeou as complicações descritas e o desfecho fatal. Os autores salientam as dificuldades inerentes ao tratamento das emergências oncológicas e das complicações associadas ao tratamento das leucemias agudas nesta faixa etária, bem como a necessidade de abordagem multidisciplinar.

Palavras-chave: leucemia, emergência oncológica

PD-185 – (23SPP-12958) – CHOQUE HEMORRÁGICO EM APRESENTAÇÃO INAUGURAL DE TRANSFORMAÇÃO CAVERNOMATOSA DA VEIA PORTA

Mafalda Félix Cabral[1]; Eduarda Alves[1]; Sofia Bota[2]; Cristina Gonçalves[2]; Sofia Carneiro[3]; Vera Brites[3]; João Estrada[3]

1 – Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Serviço de Gastrenterologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

O cavernoma da veia porta, embora raro, é a principal causa de hipertensão portal não cirrótica em pediatria. Criança de 5 anos, pré-termo e pancitopenia em investigação, recorreu ao serviço de urgência por hematemeses e hematoquézias. Choque compensado à admissão, esplenomegalia palpável, acidose metabólica (pH 7,24) e lactatos 4,4 mmol/L. Expansão volémica com cristalóide 10 mL/kg e CE 25 mL/kg (Hb 6.2 g/dL) e perfusão de esomeprazol. SNG com laivos de sangue. Angio-TC mostrou cavernoma da veia porta, esplenomegalia e shunts porto-sistémicos, iniciando octreótido. EDA emergente com cordões varicosos grandes no esófago, pequena curvatura e fundo, iniciando hemorragia de alto débito com necessidade de protocolo de transfusão maciça por hemorragia de variz ectópica do bulbo, com posterior estabilização hemodinâmica. Admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), entubado e ventilado, sem suporte vasopressor, com lactato 1.3 mmol/L, anemia (Hb 8.8 g/dL), trombocitopenia moderada (67000/uL), TP 13.7 s, INR 1.12, APTT 28 s, fibrinogénio 1.8 g/L e albumina 26 mg/dL. Extubado em D2. Derrame pleural volumoso à direita em D5 (transudado), sem compromisso ventilatório. Toracocentese e transfusão de albumina em D5 e D6, com boa evolução. Ascite de pequeno volume (1,5 cm). Cumpriu 9 dias de cefotaxima, 2 dias de esomeprazol em perfusão e 10 dias de octreótido. Alta da UCIP em D10 e hospitalar em D16, sob propranolol. Portografia com Rex patente e biópsia hepática normal, sendo proposto para cirurgia Meso-Rex.

Comentários / Conclusões

A hipertensão portal pode apresentar-se por uma complicação grave associada a elevada mortalidade, sendo essencial o tratamento endoscópico e a abordagem do choque hemorrágico, incluindo protocolo de transfusão maciça.

Palavras-chave: cavernoma da veia porta, hemorragia digestiva, hipertensão portal, choque hemorrágico

PD-186 – (23SPP-13005) – FIRES: ESTADO DE MAL EPILÉTICO SUPER-REFRATÁRIO

M Eduarda Caseiro Alves[1,2]; Joana Faustino[1,2]; Adriana Costa[2,3]; Marta Oliveira[2]; Teresa Paínho[3]; Ana Margarida Garcia[3]; João Estrada[2]

1 – Área de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E;
2 – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Área de Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, E.P.E;
3 – Serviço de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: A sindrome epiléptica associada a infeção febril (FIRES) é um estado de mal epiléptico super-refratário, com elevada morbimortalidade.**Descrição caso**: Rapaz, 6 anos,saudável. Infeção respiratória por e pico febril 3 dias antes de admissão por alteração do estado de consciência e crise tónico-clónica generalizada.À admissão, GCS 9, transferido para um hospital terciário por meningoencefalite medicado com ceftriaxone e aciclovir.Agravamento progressivo dos episódios convulsivos, medicado com levetiracetam, até 60 mg/kg/dia.Por manutenção das crises eletroclínicas durante 72 h, assumiu-se FIRES com necessidade de escalada terapêutica. Iniciou perfusão de midazolam, até 20 mcg/kg/min, e lacosamida,10 mg/kg/dia. Estudo etiológico a destacar:isolamento de SARS-CoV-2 por PCR no exsudado nasofaríngeo, RMN-CE, síntese intratecal e serologias negativas. Recurso ao ácido valpróico,30 mg/Kg/d, perampanel 4 mg/dia e fenobarbital, até 5 mg/Kg/dia, sem resposta.Iniciou-se imunossupressão com imunoglobulina e, por ausência de resposta, pulsos de metilPDN 30mg/kg durante 5 dias.Apesar da maximização dos anti-epiléticos e imunossupressores, mantinha atividade epileptiforme, induzindo-se coma barbitúrico com tiopental, até 5 mg/kg/h e propofol (max 4mg/kgh).Em D7, suspende propofol e inicia cetamina (max 5,5mg/kg/h) e 24h depois inibidor de IL-1, tendo-se atingido *burst-supression* com possibilidade de retirada do tiopental, após a qual retornou atividade elétrica. Em D14 agravamento clínico, sinais de hipertensão intracraniana e parâmetros inflamatórios positivos, que culminou em paragem cardiorrespiratória 48h depois.

Comentários / Conclusões

Na FIRES a resposta aos anti-epiléticos é fraca com necessidade de imunomodelação ampla, nomeadamente inibidores da IL-1.

Palavras-chave: mal refratário, antiepiléticos, FIRES

PD-187 – (23SPP-12682) – QUANDO FEBRE NÃO SIGNIFICA INFEÇÃO: UM CASO CLÍNICO DE HEMORRAGIA INTRACRANIANA E FEBRE CENTRAL

Catarina Franquelim[1]; Joana Sousa Martins[1]; Maria Inês Marques[1]; Margarida Pinto[1]

1 – Hospital Garcia de Orta

Introdução / Descrição do Caso

A febre de origem central é uma entidade clínica desafiante, pelos múltiplos mecanismos fisiopatológicos e difícil abordagem terapêutica. Encontram-se descritos casos em adultos com boa resposta a baclofeno, bromocriptina e clonidina. A literatura relativa à idade pediátrica é escassa.
Criança de 9 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Internado por AVC hemorrágico tálamo-capsular esquerdo, complicado de hidrocefalia com necessidade de derivação ventricular externa de D1 a D11. Em ventilação invasiva até D8 de internamento. Em D4 iniciou febre, difícil de ceder a antipiréticos. Analiticamente, aumento dos parâmetros inflamatórios; radiografia de tórax sugestiva de pneumonia da base direta. Foi medicado com amoxicilina/clavulanato. No LCR foi isolado *S. Epidermidis* e alterada antibioterapia para vancomicina, que completou durante 7 dias; a segunda colheita de LCR foi estéril. Verificou-se normalização dos parâmetros analíticos de infeção e da radiografia de tórax. A referir uroculturas e hemoculturas seriadas negativas e ecocardiograma sem alterações. Manteve febre com as mesmas características. Foi excluída febre medicamentosa e assumiu-se febre central, sem outros sinais de disautonomia. Em D19 de febre foi iniciada terapêutica com clonidina com excelente resposta e apirexia em 72 horas. Manteve o fármaco durante 11 dias, sem ressurgimento da febre.

Comentários / Conclusões

Alertamos para a existência de uma entidade que requer um elevado grau de suspeição de modo a evitar prolongamento de investigação e antibioterapia desnecessária. Reforçamos ainda a necessidade de estabelecer consensos relativos à sua abordagem terapêutica em idade pediátrica.

Palavras-chave: AVC Hemorrágico, Febre Central, Clonidina, Anti-pirético

PD-188 – (23SPP-13031) – TRANSFUSÃO DE GLÓBULOS RUBROS EM RECÉM-NASCIDOS: O QUE MUDOU NOS ÚLTIMOS 10 ANOS – REVISÃO SISTEMÁTICA

Sofia Macedo[1]; Sara Geraldes Paulino[2]; Filipa Flor-De-Lima[3]; Gustavo Rocha[3]; Henrique Soares[3]

1 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução e Objectivos

As transfusões de glóbulos rubros (TGR) são um procedimento frequente em recém-nascidos (RN) internados. O objetivo desta revisão foi analisar e comparar critérios transfusionais quantitativos e qualitativos de diferentes centros.

Metodologia

Revisão sistemática da literatura incluindo estudos sobre práticas de TGR no RN, publicados entre janeiro de 2012 e dezembro de 2021.

Resultados

Onze (85%) dos 13 artigos incluídos mencionaram usar um protocolo de TGR, 7(64%) dos quais recomendações nacionais/internacionais e 4(36%) protocolo da própria unidade. Dos 11 artigos que referiam critérios quantitativos, um usou o valor de hemoglobina sérica como critério único (Hb<12mg/dL). Os restantes organizaram os limiares de Hb/Htc segundo a idade pós-natal (n=1; 9%), necessidade de ventilação/oxigenoterapia (n=4; 36%) ou uma combinação de ambos (n=5; 45,5%). O estudo baseado na idade pós-natal mencionou um *cutoff* de Hb<12g/dL nas primeiras 24h de vida e Hb<10g/dL posteriormente. Os baseados no suporte ventilatório usaram limiares superiores aquando da sua necessidade (valores de Hb entre 8-12g/dL e Htc 30-35%) e inferiores quando sem ventilação/oxigenoterapia (variando os valores de Hb entre 6-10g/dL e Htc 18-30%). Foi constatada grande variabilidade nos limiares de Hb nos estudos que usaram combinação de critérios. Foi observada uma diminuição do limiar da Hb ao longo dos anos. Os critérios de tratamento de sangue (critérios qualitativos) foram mais homogéneos e constantes ao longo do tempo.

Conclusões

Este estudo corrobora que as práticas de TGR em RN são muito variáveis, tanto no mesmo país como entre países diferentes, pelo que são necessários mais estudos para promover a elaboração de um protocolo de aplicação universal.

Palavras-chave: transfusão, glóbulos rubros, Neonatologia, recém-nascidos, hemoglobina

PD-189 – (23SPP-12890) – RASTREIO NEONATAL DE CARDIOPATIAS CONGÉNITAS CRÍTICAS: ESTUDO RETROSPECTIVO NUM HOSPITAL DE APOIO PERINATAL DIFERENCIADO

Mariana Ruivo[1]; Filipa Carmo[1]; Carolina Ferreira Gonçalves[2]; Alexandra Andrade[2]; Mónica Rebelo[1]; Alberto Berenguer[1]; André M Graça[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria; 2 – Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

Introdução e Objectivos

As cardiopatias congénitas são o grupo mais comum de anomalias presentes ao nascimento, com uma incidência estimada de 8 a 10 em cada 1000 nascimentos. Cerca de 15 a 30% dos casos são cardiopatias congénitas críticas (RCC), que necessitam de intervenção percutânea ou cirúrgica no primeiro mês de vida. O rastreio das CCC, por oximetria de pulso (POx), parece contribuir para a melhoria do prognóstico, em particular pelo diagnóstico e tratamento precoce destes recém-nascidos (RN). O objetivo deste trabalho foi avaliar a exequibilidade e resultado do rastreio das CCC, por oximetria de pulso, desde a sua implementação num hospital de apoio perinatal diferenciado.

Metodologia

Estudo observacional, descritivo, retrospetivo, com base na análises dos processos clínicos de RN, admitidos no alojamento conjunto, de um hospital de apoio perinatal diferenciado, de Abril de 2017 a Dezembro de 2022.

Resultados

No período de estudo, do total de 11 800 RN admitidos no alojamento conjunto, foram efetuados 11 094 rastreios de CCC por POx. Passaram no rastreio 10 564 RN (95,2%), falharam 530 RN (4,8 %) e 56 foram avaliados por cardiologia pediátrica. Foram detetados 6 RN (0,05%) com cardiopatias congénitas não críticas e 2 RN (0,01%) com condições não cardíacas. Não foram detetadas cardiopatias congénitas críticas. O valor preditivo positivo deste teste de rastreio foi 0% para o diagnóstico de CCC, 0,01% para cardiopatia não critica e 0,03% para condições não cardíacas.

Conclusões

Este estudo confirmou a exequibilidade do rastreio apesar da não deteção de CCC. Os resultados poderão traduzir a elevada taxa de diagnóstico pré-natal de cardiopatia em centros de apoio perinatal diferenciado.

Palavras-chave: Recém-nascido, Rastreio, Cardiopatia, Oximetria

PD-190 – (23SPP-12653) – COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS A CATETERES VENOSOS CENTRAIS: ANÁLISE EVOLUTIVA DE COORTES 2019-2022

Sofia Branco[1]; Rita Magalhães Moita[1]; Susana Pissarra[1]; Henrique Soares[1]

1 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução e Objectivos
A colocação de cateteres venosos centrais (CVC) representa o procedimento invasivo mais comum nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Apesar de inúmeras vantagens, os CVC podem condicionar morbimortalidade significativa. Objetivos: avaliar o uso de CVC e complicações associadas. Comparar os resultados com coorte de 2019/2020.

Metodologia
Estudo coorte retrospetivo de RN submetidos a cateterismo venoso central numa UCIN de nível III, de 1 janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2022. Critérios de exclusão: duração de internamento < 2 dias ou CVC com < 24 horas de duração.

Resultados
Durante o período de estudo, registaram-se 677 internamentos, dos quais 288 RN cumpriram critérios de elegibilidade. Cerca de 60% eram do sexo masculino, a idade média à admissão foi de 4 dias e a duração média de internamento de 25 dias. Foram colocados 462 CVC, com uma razão de utilização de CVC de 46,8%. A taxa de complicações associadas ao uso de CVC foi de 21,9 por 1000 dias de cateter. As complicações mais frequentes foram mecânicas (15,5 por 1000 dias de cateter), sendo a infiltração a mais comum (42,8% das complicações mecânicas). A taxa de infeção associada a CVC foi de 6,2 por 1000 dias de cateter e registou-se apenas 1 complicação tromboembólica. No que diz respeito ao tipo de CVC colocado, o cateter epicutâneo-cava associou-se a maior incidência de complicações. Verificaram-se 24 óbitos, 2 por sépsis associada a CVC.

Conclusões
Comparativamente com a coorte de 2019/2020, verificou-se uma redução da taxa de complicações associadas a CVC, devido sobretudo à diminuição das complicações infeciosas. Ainda assim, registaram-se 2 mortes por infeção do CVC, pelo que se salienta a importância da prevenção e vigilância de complicações relacionadas com o uso de CVC.

PD-191 – (23SPP-12991) – MALFORMAÇÕES ANO-RETAIS NUM HOSPITAL NÍVEL III – ANÁLISE RETROSPETIVA 2008-2023

Sara Geraldes Paulino[1]; Domingas Atouguia[2]; Mariana Borges Dias[2]; Henrique Soares[3]; Susana Pissarra[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução e Objectivos
As malformações ano-retais (MAR) surgem em 1:5000 recém-nascidos (RN) e podem estar associadas a outras malformações congénitas. O objetivo deste trabalho foi avaliar a epidemiologia, etiologia, associação a outras malformações/síndromes, abordagem e prognóstico a longo-prazo.

Metodologia
Estudo retrospetivo de RN com diagnóstico de MAR internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um Hospital nível III entre 2008 e 2023.

Resultados
Foram analisados os registos clínicos de 34 recém-nascidos (n=21; 61,8% do sexo masculino). O diagnóstico foi realizado no decurso do primeiro exame objetivo em 30 doentes (88.2%). A apresentação mais prevalente foi a imperfuração anal (IA) com fístula perineal (n=10; 29,4%), sendo esta a MAR mais comum no sexo masculino. No sexo feminino, a mais frequente foi a IA com fístula reto-vestibular. Do total, 22 doentes (64,7%) apresentaram associação a outras malformações e 7 (20,6%) contexto sindrómico. Seis (60,0%) das IA com fístula perineal, 7 (87,5%) com fístula vestibular e a com fístula vaginal foram abordadas por anorretoplastia sagital posterior (PSARP) em tempo único. Em 14 doentes (41,2%) foi realizada colostomia com ulterior PSARP. Relativamente a complicações a longo-prazo, 8 doentes (23,5%) apresentaram obstipação com necessidade de medicação.

Conclusões
A maioria das MAR foram associadas a outras malformações, tendo a sua anatomia permitido correção em tempo único no período neonatal numa percentagem significativa dos casos. São necessários mais estudos que investiguem a associação com patologia materna e que caracterizem as complicações a longo-prazo.

Palavras-chave: Malformação ano-retal, Malformação congénita, Anorretoplastia sagital posterior, Obstipação

PD-192 – (23SPP-12964) – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NEONATAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: CASUÍSTICA DE 12 ANOS

Ana Sofia Silva[1]; Beatriz Cordeiro Martins[1]; Mariana Mixão[1]; Miguel Baptista Silva[2]; Inês Girbal[1,3]

1 – Departamento de Pediatria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 3 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução e Objectivos
O Acidente Vascular Cerebral neonatal (AVCn) afeta cerca de 1:2200 nados vivos. Pretende-se descrever a ocorrência de AVCn em Recém Nascidos (RN) de termo numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais terciária.

Metodologia
Análise retrospetiva dos casos de AVCn de 06/2011 a 06/2023 identificados através de nota de alta. Recolha de dados demográficos, fatores de risco (FR), apresentação clínica e exames complementares dos processos clínicos.

Resultados
Identificaram-se 22 casos de AVCn, 15 (68.2%) do sexo masculino. A mediana da idade gestacional foi 39.5 semanas e do peso ao nascer 3235g. Verificaram-se sinais de sofrimento fetal periparto em 10 (45.5%). A idade mediana de apresentação foi 24h [0-72h]. As principais manifestações foram convulsão (59.1%), hipotonia (50%) e alterações respiratórias (45.5%). Um RN foi assintomático. Verificou-se atividade paroxística em 8 de 12 EEG de amplitude integrada realizados (66.7%). Das 21 ecografias transfontanelares (EcoTF) realizadas, 20 foram sugestivas de AVCn (90.9%). A RM-CE confirmou AVCn em todos, dos quais 8 hemorrágicos (36.4%), 14 isquémicos [63.6%; 57.1% no território da artéria cerebral média (ACM)]. Identificou-se FR em 12 RN (54.5%): a destacar diabetes gestacional (13.6%) e tabagismo (9.1%) materno; encefalopatia hipóxico-isquémica (4.5%), hipoglicemia (4.5%), hipernatremia (4.5%) e sépsis precoce (4.5%). Todos tiveram alta, em média aos 17 dias de vida, com plano de seguimento.

Conclusões
Esta casuística evidencia a apresentação variada e subtil de AVCn, reforçando a importância da suspeita precoce, sobretudo perante FR. Corrobora-se a evidência atual do predomínio de AVC isquémico envolvendo a ACM, da utilidade da EcoTF como exame prontamente disponível e da RM-CE como método de referência para o diagnóstico.

Palavras-chave: AVC neonatal, Recém-nascido de termo, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

PD-193 – (23SPP-12700) – HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE APRESENTAÇÃO TARDIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Pinto Da Costa[1]; Carolina Jesus E Sá[1]; Maria Inês Neto[1]; Joana Albuquerque[1]; Susana Rocha[1]; Isabel Bretes[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução / Descrição do Caso
A hérnia diafragmática congénita apresenta-se habitualmente no período neonatal. No entanto, 5 a 25% dos casos permanecem sob forma latente e manifestam-se mais tarde. A hérnia diafragmática de apresentação tardia é caracterizada por uma apresentação clínica variável e representa um diagnóstico desafiante.
Lactente de 5 meses, sexo masculino, sem antecedentes patológicos, trazido ao Serviço de Urgência por febre não quantificada, tosse seca, prostração e diminuição do apetite com 3 dias de evolução. Ao exame objetivo destacava-se auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e ruídos de transmissão. Realizada radiografia torácica, descrita com condensação redonda na base esquerda. Admitido diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e internado no Serviço de Pediatria para cumprir antibioterapia endovenosa.
Aos 6 meses e 24 dias trazido novamente ao Serviço de Urgência por tosse produtiva e rinorreia com 2 semanas de evolução. Por diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda, pedida radiografia torácica que revelou área de opacificação no terço inferior do campo pulmonar esquerdo, imediatamente acima da hemicúpula diafragmática, arredondada, contornos regulares e de topografia posterior na incidência de perfil, sobreponível à imagem objetivada no exame anterior. Discutido caso com Imagiologia e colocada a hipótese diagnóstica de Hérnia de Bochdaleck.

Comentários / Conclusões
A apresentação clínica atípica em casos de hérnia diafragmática congénita pode resultar num diagnóstico tardio, e ser muitas vezes confundida com outras patologias. Esta entidade clínica deve fazer parte das hipóteses diagnósticas em doentes com dificuldade respiratória ou distúrbios gastrointestinais. O estudo imagiológico é essencial em todos os casos.

Palavras-chave: hérnia diafragmática congénita, apresentação tardia, estudo imagiológico

PD-194 – (23SPP-12728) – DÉFICE DE HORMONA DO CRESCIMENTO E DOENÇA DE CROHN – A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Vitória Cadete[1]; Cristiana Costa[1]; Sofia Bota[2]; Ana Laura Fitas[3]; Rosa Pina[3]; Lurdes Lopes[3]; Isabel Afonso[2]

1 – Pediatria Médica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2 – Unidade de Gastrenterologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 3 – Unidade de Endocrinologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

A doença de Crohn (DC) tem um pico de incidência na adolescência e 65-85% dos doentes apresentam baixa estatura (BE) de causa multifatorial. Em alguns doentes associa-se a défice de hormona do crescimento (GHD), que pode preceder a DC.

Caso 1: 15 anos, sexo masculino, seguido em consulta de Endocrinologia, tendo sido diagnosticado GHD e medicado com somatropina 31,6ug/kg/dia a partir 09/22 [altura início de tratamento 144,5cm (-2,8 SDS)]. Diagnóstico de anemia ferropénica em 10/22. Em 01/23, inicia dor periumbilical e alteração do padrão intestinal para 2-3 dejeções moldadas/dia, com sangue vivo. Do estudo etiológico conclui-se DC A1b L3 B1 G1 (classificação de Paris). Tratamento de indução com prednisolona durante 3 meses, seguido de adalimumab em monoterapia, com melhoria clínica e laboratorial, mantendo crescimento regular.

Caso 2: 13 anos, sexo masculino, seguido em consulta de Endocrinologia, tendo sido diagnosticado GHD e medicado com somatropina 30,6ug/Kg/dia a partir de 03/17 [altura início de tratamento 108,6cm (-2,9 SDS); atual 142,2cm, (-2,3 SDS), VC no último ano 6,5cm/ano]. Diagnóstico de anemia ferropénica em 07/19. Em 11/19 inicia dor abdominal persistente nos quadrantes inferiores, diarreia crónica, por vezes com sangue, e aftas. Do estudo etiológico conclui-se DC A1b L2 B1p G1. Tratamento de indução com prednisolona durante 9 meses, seguido de azatioprina, combinada inicialmente com adalimumab e atualmente com infliximab, por ausência de resposta, mantendo crescimento regular.

Comentários / Conclusões

Diagnóstico diferencial de BE isolada implica a exclusão de outras patologias. O diagnóstico de DC com apresentação insidiosa pode ser difícil, sendo a anemia ferropénica no adolescente um sinal de alarme.

Palavras-chave: Défice de Hormona do Crescimento, Doença de Crohn

PD-195 – (23SPP-12780) – HAMARTOMA MESENQUIMATOSO QUÍSTICO: CASO CLÍNICO

Sofia Raposo Carneiro[1]; Maria Carolina Sobral[2]; Ana Araújo Carvalho[1]; Margarida Almendra[1]; Rui Domingues[1]; Paula Rocha[1]; Sara Ferreira[1]; Diana Amaral[1]; Rui Alves[2]; Rita Machado[1]

1 – Área de Pediatria Médica, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

Lactente de 8 meses, previamente saudável, transferida de um hospital de nível II por quadro de distensão abdominal com um mês de evolução, sem febre, vómitos, alteração do trânsito intestinal ou sintomas constitucionais. À observação abdominal, salienta-se distensão marcada, macicez à direita, pouca depressibilidade e massa palpável 9 cm abaixo do rebordo costal, de consistência firme. Analiticamente, sem aumento de parâmetros de infeção; sem alteração da função e sem parâmetros de citólise hepáticas ou colestase; LDH e ácido úrico normais e elevação ligeira de alfafetoproteína (155ng/mL). Ecografia abdominal com doppler demonstrou volumosa formação quística multisseptada. RM abdominal confirmou lesão intra-hepática no lobo direito (13,5x13x9,5cm) de características predominantemente quísticas, condicionando desvio esquerdo do lobo homolateral e de estruturas vasculares intra-hepáticas. Foi realizada hepatectomia direita alargada, sem intercorrências. Histologia da lesão confirmou hamartoma mesenquimatoso quístico. Um mês após cirurgia encontra-se assintomática e a ecografia de reavaliação não mostrou lesões focais, com fígado esquerdo com crescimento favorável e parênquima homogéneo.

Comentários / Conclusões

O hamartoma mesenquimatoso é uma neoplasia benigna do fígado identificada, tipicamente, nos primeiros 2 anos de vida. Os sinais e sintomas são inespecíficos, sendo a avaliação laboratorial e imagiológica essenciais para diagnóstico diferencial com outras massas intra e extra-hepáticas. A resseção cirúrgica é a abordagem indicada, habitualmente com bom prognóstico. Complicações por compressão local, recorrência do hamartoma ou transformação maligna devem ser vigiadas.

Palavras-chave: Hamartoma mesenquimatoso quístico; hepatectomia

PD-196 – (23SPP-12860) – PANCREATITE AGUDA E CONSUMO DE TÓXICOS NA ADOLESCÊNCIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sara Silva Rodrigues[1]; Alexandra Vilas Fabião[1]; Francisca Gomes[1]; Andreia Felizes[1]; Filipa Neiva[1]; Joana Vilaça[1]; Diana Rita Oliveira[1]; Helena Silva[1]

1 – Hospital de Braga E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

O diagnóstico de pancreatite aguda (PA) pode ser um desafio em idade pediátrica, sendo a apresentação clínica variável consoante a faixa etária. São múltiplas as etiologias possíveis.

Adolescente, 15 anos, sexo feminino, com obesidade. Recorreu ao SU por dor no hipocôndrio direito com irradiação dorsal e 2 episódios de vómitos alimentares. Sem febre ou outras queixas. Realça-se o consumo de produto dietético à base de plantas (cavalinha, centella asiática e sabugueiro) desde há 3 semanas. Ao exame objetivo, anictérica, com dor à palpação da fossa ilíaca e hipocôndrio direitos, sem defesa. Análises compatíveis com hepatite colestática, com amilase e lipase normais. Serologias víricas negativas. Ecografia abdominal com pequenos focos de microlitíase na vesícula biliar, sem sinais de colecistite aguda, alterações hepáticas ou dilatação das vias biliares.

Assumida provável hepatite tóxica, tendo alta para a consulta externa com indicação de suspensão do produto dietético. Por manter queixas, regressou ao SU no dia seguinte, repetindo estudo analítico, e constatado um agravamento das transaminases e aumento da lipase e amilase. Diagnóstico de PA litiásica e internamento com medidas sintomáticas. Alta após melhoria clínica e analítica. Após 2º episódio de PA, submetida a colecistectomia laparoscópica com colangiografia intra-operatória.

Comentários / Conclusões

O consumo de produtos dietéticos foi um fator confundidor, uma vez que poderia ser causa de hipertransaminémia/hepatite colestática. O diagnóstico de PA litiásica só foi possível com a evolução da sintomatologia. Este caso é representativo do desafio diagnóstico inerente à prática clínica, dadas as múltiplas apresentações de uma patologia e potenciais confundidores ou causas concomitantes.

Palavras-chave: hipertransaminémia, produtos dietéticos, hepatite, pancreatite aguda

PD-197 – (23SPP-12745) – COLANGITE ESCLEROSANTE ASSOCIADA A DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Rui Diogo[1]; Joana Mendes[2]; Arminda Jorge[2]; Susana Almeida[3]; Susana Nobre[1]; Sandra Ferreira[1]; Isabel Gonçalves[1]

1 – Unidade de Hepatologia e Transplantação Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã; 3 – Unidade de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A colangite esclerosante (CE) é uma doença hepática crónica progressiva de etiologia desconhecida caracterizada por inflamação e fibrose obliterante dos ductos biliares intra e/ou extra-hepáticos, mais frequente em rapazes e adolescentes. A associação a doença inflamatória intestinal (DII) é comum, sobretudo colite ulcerosa.

♀ 12 anos avaliada por astenia, anorexia, dor abdominal, diarreia com muco e colúria com 3 semanas de duração. Apresentava eritema palmar e telangiectasias da face, sem hepatoesplenomegalia. Avaliação seriada compatível com hepatite colestática com valores máximos de TGO 153, TGP 215, GGT 249 e FA 1391U/L, BRBT/D 1,4/0,94mg/dL, albumina e coagulação normais, trombocitose (771.000/uL),VS 69mm/h. Calprotectina após episódio agudo 2850mg/kg. Restante investigação inconclusiva: serologias infeciosas, auto-imunidade (ANAs, SMAs, Anti-LKM, anti-LC1, anti-SLA, ANCAs, IgG4), AFP, AAT, ceruloplasmina. Eco-abdominal e CPRM com dilatação da via biliar principal (8mm) sem obstrução. Biópsia hepática com edema e fibrose "em manga" periductular compatível com CE, com fibrose portal ligeira (F1). Medicada com ácido ursodesoxicólico (AUDC) com descida progressiva da GGT e FA. Manteve diarreia intermitente, por vezes com retorragia. Fez colonoscopia com pequenas ulcerações superficiais no cego e endoscopia com ligeiro eritema do antro; biópsia com ileocolite crónica ligeira, não granulomatosa e gastrite crónica ligeira do corpo. Cumpriu 2 meses de corticoterapia e iniciou azatioprina, messalazina e AUDC, com boa evolução.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de CE precedeu o diagnóstico de DII, neste caso uma colite não classificável. Destaca-se a importância de conhecer esta associação e da monitorização da calprotectina nos doentes com CE.

Palavras-chave: Colangite esclerosante, Fibrose, Hepatite colestática, Colite, Calprotectina

PD-198 – (23SPP-12918) – UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Retirado a pedido do autor

PD-199 – (23SPP-12669) – SÍNDROME DE BUDD CHIARI – CAUSA RARA DE FÍGADO VASCULAR EM PEDIATRIA

Mariana Lopes Costa[1,2]; Marta Carvalho[2,3]; Teresa Botelho[2]; Susana Nobre[2]; Sandra Ferreira[2]; Paulo Donato[4]; Isabel Gonçalves[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, EPE; 2 – Unidade de Hepatologia e Transplantação Hepática Pediátrica, Departamento Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE; 4 – Serviço de Imagem Média do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome de Budd Chiari (SBC) resulta da obstrução à drenagem venosa hepática a partir das veias hepáticas, causando a clássica tríade de dor abdominal, ascite e hepatomegalia. A prevalência em adultos é 1 a 4 por milhão, mais frequente em mulheres e asiáticos. Em Pediatria é rara, representando <1% da patologia hepática, mais reportada em rapazes. Pode associar-se a infeções, neoplasias, trombofilias, imunodeficiências e anomalias morfológicas. O tratamento depende da etiologia, mas é emergente repor a drenagem venosa hepática com anticoagulação e/ou radiologia de intervenção. Em casos graves ou com evolução para falência hepática aguda (FHA) pode haver indicação para transplante hepático (TRH).

Nos últimos 20 anos diagnosticaram-se em Portugal 5 crianças com SBC, com idade mediana de 7 anos, 4 rapazes, e demora diagnóstica, em mediana, de 1 mês após sintomas.

Caso 1 – hepatopatia prolongada e evolução para FHA, tendo sido submetido a TRH. Casos 2 e 3 – tríade clássica após gastroenterite aguda com desidratação, culminando em TRH. Foram identificadas trombofilias nos casos 1, 2 e 3. Caso 4 – febre intermitente por 1 mês e distensão abdominal, evoluindo para FHA; colocado *stent* e realizada biópsia hepática que possibilitou diagnóstico de neoplasia; faleceu em encefalopatia hepática. Caso 5 – tríade clássica, sem identificação etiológica, com boa evolução após angioplastia com *stent*. A ecografia sugeriu o diagnóstico de SBC em todos os casos.

Comentários / Conclusões

Os casos apresentados refletem a gravidade da SBC (3 necessitaram de TRH e 1 morte), sendo frequente o atraso diagnóstico. Apesar da etiologia ser importante para o prognóstico, o restabelecimento da drenagem hepática é fulcral e o mais emergente nestes casos.

Palavras-chave: Síndrome de Budd Chiari, Trombose venosa hepática, Transplante hepático, Falência Hepática Aguda

PD-200 – (23SPP-12641) – PERFURAÇÃO GÁSTRICA POR TRICOBEZOAR COM ANOS DE EVOLUÇÃO

Mafalda Sousa Cardoso[1]; Ana Catarina Rosa[1]; Tiago Ferro[1]; Joana Pereira[2]; Rui Alves[2]; Isabel Brito Lança[1]

1 – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo; 2 – Hospital Dona Estefânia

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: Os Bezoares resultam da ingestão e acumulação de material não digerido no trato gastrointestinal. Podem dividir-se em tricobezoares (cabelo), fitobezoares, (fibras vegetais), farmacobezoares (fármacos) e lactobezoares (leite de vaca). Os sintomas são dor abdominal, náuseas, vómitos, anorexia e perda ponderal.

Descrição do caso: Adolescente de 13 anos, sexo masculino, tanner 4, com apendicectomia aos 5 anos (peça cirúrgica sem apendicite), recorre à urgência do Hospital de Beja por dor abdominal, náuseas e anorexia. Sem outros sintomas. Apresentava ar queixoso, alívio com a inclinação do tronco para a direita, defesa abdominal e sinais de irritação peritoneal. Analiticamente: leucocitose ligeira com neutrofilia e PCR 0.20 mg/dL. Rx abdominal de pé com níveis hidroaéreos. Aplicados 2 clisteres, sem efeito. A TAC abdominal identificou "massa volumosa na região gástrica, de 20cm, de aspecto laminado, preenchida e rodeada por bolhas de ar." Após questionado, confirmou a ingestão de cabelos com anos de evolução. Foi transferido para o Hospital Dona Estefânia com hipótese de tricobezoar. Foi feita tentativa de extração por endoscopia digestiva alta, sem sucesso, pelo que foi submetido a laparotomia, com remoção de tricobezoar volumoso, condicionando perfuração da parede gástrica. Cumpriu 7 dias de Cefuroxima e Metronidazol e.v.

Comentários / Conclusões

Os tricobezoares são raros e mais comuns em raparigas com tricotilomania. Neste caso tínhamos um rapaz com tricofagia não valorizada pela família, sem emagrecimento nem alopécia. A TAC colocou a hipótese do diagnóstico. A extração dos tricobezoares pode ser feita por endoscopia digestiva alta ou, se de grandes dimensões, por laparotomia. O encaminhamento para a pedopsiquiatria é importante.

Palavras-chave: Tricobezoar, Tricofagia, Tricotilomania

PD-201 – (23SPP-12996) – ESOFAGITE LINFOCÍTICA: UMA NOVA ENTIDADE CAUSADORA DE DISFAGIA?

Joana Filipe Ribeiro[1,2]; Joana Lage[1,3]; Margarida Vicente-Ferreira[1]; Isabel Pais[1]; Céu Espinheira[1]; Joanne Lopes[4]; Fátima Carneiro[4]; Eunice Trindade[1]

1 – Unidade de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica, Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Sousa Martins, ULS Guarda; 3 – Serviço de Pediatria, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE; 4 – Serviço de Anatomia Patológica, UAG MCDT, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

Na abordagem das causas de disfagia e de estenose esofágica, a esofagite eosinofílica (EEo) é uma das principais causas a ser considerada, com recomendações para diagnóstico e tratamento bem estabelecidas. No entanto, outras hipóteses devem ser consideradas, nomeadamente a esofagite linfocítica (EL).

Apresentamos os casos clínicos de 2 adolescentes submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA) por episódios recorrentes de disfagia. A endoscopia digestiva alta revelou existência de estenose esofágica. As biópsias mostraram esofagite com infiltração linfocítica (L) (> 20 L/ campo), com expressão de CD3 e CD8. Ambos foram submetidos a terapêutica médica e endoscópica com melhoria clínica e endoscópica transitória.

Comentários / Conclusões

A EL apresenta caraterísticas clínicas e endoscópicas semelhantes à EEo, sendo essencial o exame histológico para o seu diagnóstico. O cut-off preciso para a definição de infiltração linfocítica não está bem estabelecido. Até à data não existem, também, recomendações claras sobre a terapêutica a instituir, nem acerca do prognóstico a longo prazo. Trata-se de um grupo de doentes muito sintomático, cujo tratamento constitui um verdadeiro desafio.

Palavras-chave: Disfagia, Estenose esofágica, Esofagite linfocítica

PD-202 – (23SPP-12956) – ACHADO OCASIONAL DE TRANSAMINASES ELEVADAS – A CAUSA NEM SEMPRE É BENIGNA

Joana Ferreira Mendes[1]; Francisca Strecht Guimarães[1]; Lúcia Gomes[1]; Cristina Rocha[1]; Ermelinda Santos Silva[2]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga; 2 – Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução / Descrição do Caso

A elevação das transaminases é uma situação frequente,de etiologia diversa,destacando-se as infeções agudas,pela sua frequência e benignidade.A Hepatite Autoimmune (HAI) é uma doença rara induzida por uma resposta imunomedidada contra o fígado e de apresentação clínica variável,Desde formas agudas até formas indolentes,incluindo o achado incidental de transaminases elevadas. A combinação de manifestações clínicas,achados laboratoriais,histologia e exclusão de outras doenças hepáticas confirmam o diagnóstico.

Menina, 13anos, atleta, referenciada à consulta Pediatria por achado ocasional de transaminases elevadas(~10x/N), persistente em dois controles, sem intercorrências infeciosas/uso de fármacos. Inicialmente: AST402u/L,ALT621u/L,GGT99u/L;fosfatase alcalina 127u/L;CPK normal;TTPa/INR aumentado; albumina diminuída; excluída infecção aguda VHA/VHB/VHC/VIH/CMV/EBV/Herpes I/II; alfa-1-antitripsina,ceruloplasmina séricas,cobre urinário24horas e IgG normais; auto-Acs negativos(ANAs/Anti-dsDNA/Anti-musculo liso/ Anti-LKM/p_ANCA/Anti-LC1/Anti-SLA).Aumento das transaminases persistente nos 4meses seguintes associado a hipergamaglobuline mia(IgG~2500mg/dL).Referenciação a Gastrenterologia Pediátrica centro terciário, de novo, Ac anti-músculo liso positivo(1/320) e histologia hepática sugestiva de HAI tipo-I.Confirmado o diagnóstico, iniciou tratamento com prednisolona, até ao momento com excelente resposta.

Comentários / Conclusões

Um achado ocasional de transaminases elevadas e que persiste por 1-3 meses deve ser valorizado.A celeridade e extensão da investigação depende,entre outros fatores,da gravidade da elevação.Na HAI a alteração das transaminases pode ser a primeira e única pista para um diagnóstico precoce e instituição atempada de terapêutica imunossupressora.

Palavras-chave: Hepatite Autoimmune, Elevação das transaminases

PD-203 – (23SPP-12970) – COMPLICAÇÃO VASCULAR RARA NUM DOENTE COM ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES – A PROPÓSITO DE UM CASO-CLÍNICO

Joana Carvalho Queirós[1]; Vilma Lopes[2]; Helena Silva[3]; Marta Tavares[3]; Francisco Ribeiro Mourão[3]; Rosa Lima[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 3 – Serviço de Pediatria, Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

INTRODUÇÃO

Os eventos vaso-oclusivos associados à anemia de células falciformes podem ocorrer em qualquer órgão. A gastrite isquémica é um evento raro, decorrente de uma desregulação do fluxo sanguíneo gástrico. Apresenta um baixo nível de deteção precoce e elevada taxa de mortalidade, ocorrendo em doentes com risco vascular associado.

Comentários / Conclusões

Adolescente, raça negra, 17 anos, a residir em Portugal há 1 ano. Antecedentes de Drepanocitose não tratada até ao último ano. História de várias intercorrências infeciosas, múltiplos enfartes renais e 4 Acidentes Vasculares Cerebrais, com epilepsia e tetraparesia espástica sequelares, com dependência total para as atividades de vida diária. Alimentada por sonda de gastrostomia colocada por via Endoscópica Percutânea (PEG).

Admitida eletivamente para substituição de PEG. Noção materna de maior desconforto com a alimentação desde há 1 semana. Sem febre ou vómitos e com padrão intestinal sobreponível ao habitual. Foi realizada Endoscopia Digestiva Alta (EDA), tendo sido objetivada mucosa gástrica friável, com áreas de necrose, ulceração extensa e tecido cicatricial no corpo e antro. Histologicamente apresentava destacamento epitelial, erosão mucosa superficial e achados de gastrite crónica inespecífica. Realizou Angio-TC abdominal que não evidenciou sinais de isquemia. Foi realizado tratamento conservador (pausa alimentar, hiperhidratação intravenosa e esomeprazol). Em D9 realizada EDA de controlo, que evidenciou mucosa íntegra e resolução praticamente total das lesões.

CONCLUSÃO

A gastrite isquémica é um evento raro em idade pediátrica. Em doentes com uma patologia vascular de base e sintomatologia sugestiva, deve ser equacionado o diagnóstico, permitindo a rápida abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Anemia de Células Falciformes, Gastrite isquémica

PD-204 – (23SPP-12870) – O DIAGNÓSTICO DESAFIANTE DE UMA DOENÇA RARA E SILENCIOSA

Inês Pereira Soares[1]; João Simões[2]; Carolina Albuquerque[1]; Catarina Rúbio[1]; Sofia Bota[3]; Cristina Gonçalves[3]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 2 – Pediatria, Hospital Dona Estefânia. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 3 – Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

A hipertransaminasémia é frequente em Pediatria sendo, geralmente, transitória em contexto de intercorrências virais. Quando esta persiste deve-se alargar a investigação etiológica.

Caso: Sexo feminino, 12 anos, antecedentes irrelevantes, internada por dor abdominal, vómitos e diarreia. Analiticamente trombocitopenia (161000/uL), elevação da lipase (4857U/L), amilase (154U/L) e aminotransferases (AST 102U/L, ALT 98U/L); sem anemia ou alterações da GGT/FA/coagulação/albumina/bilirrubina. Resolução de sintomas e normalização da lipase/amilase. Manteve hipertransaminasémia (AST 66U/L, ALT 52U/L) pelo que foi referenciada à consulta de Pediatria. Da investigação em internamento: serologias EBV/CMV/VHA/VHB/VHC e prova de suor negativas. Alargou-se investigação: ceruloplasmina (11mg/dL) e cobre sérico (62,4g/dL) baixos, cobre urinário aumentado (102mcg/24h); alfa-1 antitripsina/CK/estudo de autoimunidade/ doença celíaca sem alterações. Ecografia abdominal com doppler "hepatomegalia, heterogeneidade grosseira e difusa, incontáveis arranjos macronodulares no parênquima/infiltração; esplenomegalia; aumento da resistência vascular distal e hipertensão venosa portal". Avaliada por Oftalmologia, sem anéis de Kayser-Fleischer. Por suspeita de Doença Wilson (DW) foi referenciada a Hepatologia. Teste genético ATP7B: heterozigotia composta com duas variantes patológicas. Iniciou D-penincilina, sem efeitos adversos, encontrando-se assintomática/sem alterações ao ENS.

Comentários / Conclusões

A persistência da elevação das transaminases pode traduzir uma doença hepática crónica assintomática, como no caso apresentado. A DW é silenciosa com morbi-mortalidade importante se não tratada pelo que a suspeição é fundamental para o diagnóstico e adequado tratamento.

Palavras-chave: hipertransaminasémia, cobre, doença hepática assintomática

PD-205 – (23SPP-12629) – CORES DO PASSADO: UMA CAUSA RARA DE ICTERÍCIA COM SINTOMAS NEUROLÓGICOS

Inês Furtado Gomes[1]; Mariana Gaspar[2]; Nádia Santos[1]; Sara Nóbrega[4]; João Carvalho[3]; Sofia Fraga[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta; 2 – Pediatria, Hospital Distrital de Santarém; 3 – Neuropediatria, Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta; 4 – Gastroenterologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânica, CHULC

Introdução / Descrição do Caso

A icterícia neonatal persistente requer esclarecimento etiológico célere e exige particular atenção em lactentes não-caucasianos.
O diagnóstico e intervenção atempados são cruciais para prevenir a toxicidade neurológica associada à hiperbilirrubinémia (TNHB), que poderá ter sequelas permanentes.
Lactente do sexo masculino, pais nepaleses, pré-termo de 35s, sem antecedentes relevantes, excepto icterícia neonatal e fototerapia (FT) em D2-3 de vida. Evolução ponderal adequada sob aleitamento materno exclusivo. Observado em consulta de Pediatria aos 2m por icterícia generalizada e sintomas neurológicos – irritabilidade, posturas distónicas axiais/membros e alterações da oculomotricidade. Analiticamente: hiperbilirrubinémia não conjugada (HBNC), bilirrubina total 19,5 mg/dL, sem evidência de hemólise nem elevação das enzimas hepáticas; ecografia abdominal sem alterações. Melhoria clínica e analítica após 36h de FT simples contínua; seguimento em consultas de Neuropediatria e Gastroenterologia. Ressonância magnética aos 3m sem evidência de kernicterus. Estudo genético compatível com síndrome de Crigler-Najjar (SCN), provável tipo 2. Manteve HBNC, sem agudizações nem necessidade de FT ou fenobarbital. Aos 14m apresentava evolução favorável, com reversão dos sintomas neurológicos e desenvolvimento psicomotor adequado. A salientar hipoplasia do esmalte dentário, em provável relação com toxicidade da bilirrubina.

Comentários / Conclusões

O caso apresentado é relevante pela raridade do diagnóstico e pela identificação relativamente tardia da icterícia, com consequente encefalopatia hiperbilirrubinémica aguda de início pós-neonatal, da qual há raros casos descritos. A identificação precoce do SCN é essencial pela possibilidade de terapêutica e aconselhamento genético.

Palavras-chave: Crigler-Najjar, icterícia, hiperbilirrubinémia, encefalopatia, kernicterus

PD-206 – (23SPP-13026) – MANIFESTAÇÕES INICIAIS ATÍPICAS DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM IDADE PEDIÁTRICA – UMA SÉRIE DE CASOS

Inês Ferrão Fernandes[1]; Raquel Branco[1]; Raquel Oliveira[1]; Isabel Raminhos[1]; Teresa Gouveia[1]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) em pediatria apresenta comportamento mais agressivo e progressão mais rápida do que em idade adulta. Os fenótipos atípicos e sintomas extraintestinais são mais frequentes, dificultando o diagnóstico. Descrevemos três casos de DII com manifestações iniciais atípicas:

Adolescente masculino de 17 anos, previamente saudável. Quadro de febre, dor gemelar direita e poplítea esquerda com 2 meses de evolução. Entretanto, inicia diarreia sanguinolenta, de agravamento progressivo. Ecografia dos membros inferiores revelou flebotrombose bilateral e colonoscopia demonstrou alterações inflamatórias sugestivas de Colite Ulcerosa.

Adolescente feminina de 11 anos, previamente saudável. Quadro de diarreia com sangue e muco, perda ponderal e vómitos esporádicos há 2 meses, após o qual inicia hematúria e disúria. Encaminhada ao Serviço de Urgência por exame sumário de urina com leucocitúria, hematúria e proteinúria. Ecografia vesical revelou área pseudonodular na parede superior da bexiga, melhor caraterizada por entero-ressonância como *plastron* aderencial entre o íleo e a cúpula da bexiga. A colonoscopia confirmou o diagnóstico de Colite Ulcerosa.

Adolescente feminina de 17 anos, previamente saudável. Quadro de diarreia e dor abdominal desde há 1 mês, altura em que inicia lesões tibiais bilaterais, nodulares, violáceas e dolorosas, associadas a artralgia, compatíveis com eritema nodoso. Um mês depois inicia febre e úlceras orais, com agravamento do quadro prévio. Colonoscopia confirmou diagnóstico de Doença de *Crohn*.

Comentários / Conclusões

Os casos clínicos descritos enfatizam a variedade de sintomas que podem representar uma manifestação inicial de DII, sendo necessário um elevado grau de suspeição diagnóstica nesta idade.

Palavras-chave: Doenças Inflamatórias Intestinais, Doença de Crohn, Colite Ulcerosa, Eritema Nodoso

PD-207 – (23SPP-12910) – RECUSA ALIMENTAR NUMA CRIANÇA COM ATRÉSIA DO ESÓFAGO: COMPLICAÇÃO OU ALGO MAIS?

Daniel Tiago[1,2]; Helena Loreto[1]; João Lopes[3]; Luís Rodrigues[1]; Ana Fernandes[1]; Sara Azevedo[1]; Paula Mourato[1]; Ana Isabel Lopes[1,4]

1 – Unidade de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica (UGHNP), Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro; 3 – Serviço de Gastrenterologia, CHULN, Hospital de Santa Maria, Lisboa; 4 – Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

A estenose esofágica transanastomótica é uma complicação comum após cirurgia da atrésia do esófago no período neonatal, geralmente precoce respondendo bem à dilatação endoscópica. Reconhecido o fator de risco anatómico no contexto da ingestão acidental de corpo estranho, impõe-se um seguimento individualizado a médio-longo prazo.

Criança de 3 anos com diagnóstico pré-natal de atrésia do esófago com fistula traqueoesofágica operada em D1, com evolução favorável, sob dieta semi-sólida, negando disfagia, engasgamento, vómitos ou outra sintomatologia. Última endoscopia digestiva alta (EDA) e trânsito esofagogástrico aos 2 anos, reportados como "sem alterações". Iniciou diminuição progressiva da ingesta e regurgitação, sem aparente evento precipitante. Recorreu à urgência de pediatria do hospital da área de residência. Por suspeita de estenose esofágica secundária foi pedida EDA com eventual dilatação esofágica. No procedimento identificou-se corpo estranho aos 15cm (moeda 1cent) que foi removido, objetivando-se discreta erosão superficial e estenose concêntrica aos 17cm não ultrapassável. Medicado com omeprazol e hidrocortisona e alta com indicação para dieta líquida progressivamente pastosa em 48h**.** Realizou EDA de controlo às 6 semanas, tendo feito dilatação esofágica com balão TTS, com boa resposta.

Comentários / Conclusões

A atrésia do esófago operada é a causa mais comum de estenose esofágica em idade pediátrica, ocorrendo em ~33% dos doentes. Uma alteração padrão alimentar pode estar associada a estenose esofágica. No entanto, a ingestão de um corpo estranho deverá ser excluída (Rx tórax e abdómen), ainda que não presenciada. Salienta-se a relevância do seguimento individualizado a médio-longo prazo neste contexto.

Palavras-chave: atrésia do esófago, estenose esofágica, corpo estranho

PD-208 – (23SPP-12800) – DENGUE- REALIDADE DE 5 ANOS EM TIMOR-LESTE

Teresa Magalhães[1]; Filipe Neri Machado[2]; Demetrio Perez[3]; Daniel Soares[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Oeste, Caldas da Rainha;
2 – Diretor National de saúde Publica no Instituto Nacional de Saude Pública-Timor Leste (INSP-TL);
3 – Serviço de Pediatria, Centro Saúde Internacional de Vera Cruz, Díli- Timor-Leste

Introdução e Objectivos
A dengue é uma infeção viral transmitida por mosquito *Aedes*, sendo mais prevalente em climas tropicais. A incidência de dengue tem aumentado mundialmente ao longo dos anos, tornando-se endémica em alguns locais, como Timor-Leste (TL).
Pretende-se analisar o impacto e padrão sazonal desta infeção na população de TL.

Metodologia
Estudo retrospetivo descritivo da população do município de Díli com diagnóstico de dengue, de 1 de janeiro de 2018 a 1 de junho de 2023.

Resultados
Em 2018, foram diagnosticados 330 casos de dengue em TL, 223 destes em Díli. Na população de Díli, 213 em idade pediátrica (IP) (54% entre 5 a 14 anos). Em 2019, registaram-se 976 casos de dengue em TL e 614 em Díli. Na população de Díli, 585 em IP (39% entre os 5 e 14 anos). Em 2020, diagnosticados 1451 casos de dengue em TL, 815 em Díli. Em 2021, 901 em TL, dos quais 417 diagnosticados em Díli com 392 caos em IP (35% dos 5-14 anos). Em 2022, 5658 casos de dengue em TL, 3894 em Díli e destes 3753 em IP (41% dos 5-14 anos). De 1 janeiro a 1 junho de 2023 foram diagnosticados 1188 casos de dengue em TL, 976 em Díli.

Conclusões
A infeção por dengue assume proporções importantes em TL, particularmente na faixa etária dos 5 aos 14 anos e na capital do país. Apesar do aumento do número de casos de dengue ao longo dos anos, a maioria são assintomáticos, ligeiros e diagnosticados erradamente como outras doenças febris, podendo existir subnotificação dos casos de dengue. Vários métodos de controlo da infeção, como o uso de *Wolbachia*, encontram-se em fase de implementação em TL.
A identificação precoce da infeção bem como a consciencialização e reforço de medidas de controlo do vetor são cruciais para prevenir a doença e complicações potencialmente fatais da mesma.

Palavras-chave: Aedes, Dengue, timor-leste, mosquito vectors

PD-209 – (23SPP-12938) – MASTOIDITE AGUDA: CASUÍSTICA, ABORDAGEM E REFLEXÃO PARA A PRÁTICA.

Rita Matos Parreira[1]; Constança Magalhães[1]; Catarina Lacerda[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Introdução e Objectivos
A mastoidite aguda é a complicação supurativa mais frequente da otite média aguda (OMA). Embora rara, com incidência de 0,2-2%, pode ser a forma de apresentação da OMA.
Objetivos. Apresentar a casuística de internamento num hospital grupo I, respectiva abordagem e refletir sobre o uso da imagiologia como meio complementar de diagnóstico.

Metodologia
Revisão retrospectiva, descritiva e analítica dos internamentos por mastoidite aguda entre janeiro de 2017 e julho de 2023. Para diagnóstico foi considerada a clínica de inflamação retroauricular e imagiologia complementar, com seus achados típicos.

Resultados
Foram incluídos 27 casos, 70% do sexo masculino, com idades entre 5 meses e 16 anos e mediana de 5 anos. A otalgia foi o sintoma mais frequente (89%) seguida de tumefação retroauricular (78%) e febre (70%). Cerca de metade (48%) tinha iniciado antibioticoterapia prévia, tendo sido todos internados para terapêutica endovenosa, de duração variável.
Na maioria dos casos houve apoio direto da otorrinolaringologia, tendo realizado exame de imagem – tomografia computadorizada (TC) – em 85% deles, a maioria à admissão.
2 casos tiveram necessidade de intervenção cirúrgica.

Conclusões
A mastoidite aguda deve ser sempre considerada no caso de OMA com evolução desfavorável e perante febre de etiologia desconhecida. Os resultados obtidos estão de acordo com a revisão de literatura. Também as suas características são semelhantes a outras realidades. A principal discussão diz respeito à utilização da TC à priori, como ferramenta de diagnóstico. A literatura mais atualizada enfatiza ponderação na sua utilização, exceto na suspeita de complicações e/ou agravamento clínico.

Palavras-chave: mastoidite aguda, otite média aguda, diagnóstico, imagiologia

PD-210 – (23SPP-12874) – INFEÇÃO POR PANTOEA AGGLOMERANS

Raquel Palha Martins[1]; Mariana Bravo[1]; Ana Brett[1,2]; Anália Carmo[3]; Fernanda Rodrigues[1,2]

1 – Serviço de Urgência e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico-CHUC; 2 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 3 – Serviço de Patologia Clínica, CHUC

Introdução e Objectivos

Pantoea agglomerans é uma bactéria oportunista gram-negativa aeróbia, pertencente à família *Enterobacteriaceae*, habitualmente presente em plantas, na água e no solo. A infeção surge frequentemente após trauma por penetração de matéria vegetal, mas também pode ser nosocomial, associada a dispositivos médicos, como cateteres endovenosos. Pretende-se caracterizar os casos de infeção por este agente nos últimos 16 anos num hospital pediátrico.

Metodologia

Estudo retrospetivo e descritivo dos doentes observados num hospital pediátrico terciário com infeção por *Pantoea agglomerans* isolada em cultura, de 2007 a 2022. Foram analisados dados demográficos, clínicos e laboratoriais.

Resultados

Nos últimos 16 anos, foram diagnosticados 7 casos de infeção por *Pantoea agglomerans*, 43% do sexo masculino, com idade mediana de 6 anos (6d-17A). As principais características dos doentes são apresentadas na tabela. Cinco doentes foram internados, sendo a duração mediana do internamento foi de 5 d (3d-14d). Todos tiveram boa evolução clínica, sem necessidade de internamento em cuidados intensivos e sem sequelas.

Conclusões

Esta série de casos traduz a diversidade de manifestações clínicas da infeção por *Pantoea agglomerans* em doentes pediátricos. Uma das duas crianças saudáveis apresentava história clínica que faria evocar este diagnóstico. Contudo, a infeção por este microrganismo deve ser considerada em crianças imunocomprometidas e com doenças crónicas, mesmo sem contexto.

Palavras-chave: Pantoea agglomerans

Tabela. Casos de infeção por *Pantoea agglomerans* num hospital pediátrico terciário, de 2007 a 2023.

Ano	Idade	Sexo	Comorbilidades	Contexto epidemiológico	Sintomatologia	Diagnóstico	Estudo analítico (Admissão)	Produto analisado
2007	6A	F	Saudável	Queda com embate joelho ao lado de palmeira	Claudicação e dor joelho	Artrite séptica	L 14860/uL N: 10200/uL pCr: 4,3 mg/dL	LA
2013	17A	M	Transplantado renal. IRC 2ª a cistinúria	NI	Assintomático	ITU	Não realizado	UC
2013	17A	F	Glioblastoma medular sob QT	NI	Vómitos, diarreia, subfebril	Vómitos em contexto de QT	L: 2970/uL N: 1880/uL pCr: 1,2 mg/dL	UC
2015	2A	F	Drepanocitose e alfa talassémia	NI	Febre, tosse seca e rinorreia	IVRS	L: 23000/uL N: 8210/uL pCr: 2,3 mg/dL	HC
2015	6A	F	IRC sob DP 2ª a falência multiorgânica após sépsis e meningite pneumocócica	NI	Prostração com gemido, diarreia	Peritonite	L: 8070 /uL N: 6680/uL pCr: 15,54 mg/dL	LP
2018	2A	M	Apendicite aguda complicada - tratamento conservador prévio	NI	Febre, odinofagia, dor abdominal	Apendicite com abcesso e plastron	pCr: 11,58 mg/dL Amostra insuficiente para hemograma	HC
2019	6d	M	Saudável	NI	Secreções oculares	Conjuntivite	Não realizado	Exsudado Ocular

NI: Não identificado nos registos clínicos; IRC: insuficiência renal crónica; ITU: Infeção trato urinário; DP: diálise peritoneal; IVRS: infeção das vias respiratórias superiores; QT: Quimioterapia; L: Leucócitos; N: Neutrófilos; pCr: Proteína C-reativa; LA: líquido articular; LP: líquido peritoneal; UC: urocultura; HC: hemocultura.

PD-211 – (23SPP-12858) – INFEÇÃO POR CAPNOCYTOPHAGA SPP

Joana Costa Sousa[1]; Ana Manuela Silva[1]; Ana Brett[1,2]; Anália Carmo[3]; Fernanda Rodrigues[1,2]

1 – Serviço de Urgência e Unidade de Infeciologia, Hospital Pediátrico-CHUC; 2 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 3 – Serviço de Patologia Clínica, CHUC

Introdução e Objectivos

Capnocytophaga é um bacilo gram negativo pertencente à flora comensal da cavidade oral de cães, gatos e humanos. A identificação ocorre por cultura, sendo de crescimento lento. É uma causa rara de infeção grave, ocorrendo principalmente em imunodeprimidos. Pretendeu-se caracterizar os casos de infeção por este agente nos últimos 16 anos num hospital pediátrico.

Metodologia

Estudo retrospetivo e descritivo dos doentes internados num hospital pediátrico terciário com infeção por *Capnocytophaga* spp identificada em cultura, de 2007 a 2022. Foram analisados dados demográficos, clínicos e laboratoriais.

Resultados

Nos últimos 16 anos foram diagnosticadas 6 infeções por *Capnocytophaga* spp, metade em rapazes, com idade mediana de 10 anos (IQR=7), cujas características são apresentadas na tabela. Em dois casos a identificação ocorreu na expetoração, tendo sido considerada infeção provável. A mediana da duração do internamento foi de 14 dias (7 – 20 dias). Todos tiveram boa evolução clínica, sem necessidade de internamento em cuidados intensivos e sem sequelas.

Conclusões

Foi uma causa rara de infeção, mais frequente em imunodeprimidos, mas que também ocorreu em crianças saudáveis nas quais foi possível identificar contexto epidemiológico relevante de contacto com animais (cão e gato). Atendendo às suas características, quando há possibilidade de infeção por este agente, o laboratório de microbiologia deve ser alertado para que as amostras sejam mantidas para incubação prolongada.
Embora com apresentações clínicas variáveis, todas responderam bem ao tratamento instituído.

Palavras-chave: Capnocytophaga, Bacilo gram negativo, imunodeprimido

Tabela 1. Caracterização dos casos de infeção por *Capnocytophaga* de 2007 a 2022.

Ano	Idade (A)	Comorbilidades	Contexto epidemiológico	Sintomatologia	Diagnóstico	Estudo analítico [admissão]	Produto biológico	Espécie
2007	12	Saudável	Mordedura de cão	Febre, cefaleia e tumefação frontal	Abcesso cerebral	L: 9.560/uL N: 52% pCr: 1,1 mg/dL	Pús de abcesso cerebral	*Capnocytophaga spp*
2009	5	Saudável	Contacto com gato	Febre, anorexia, astenia, dor abdominal, vómitos	Abcesso hepático	L: 14.000/uL N: 11.500/uL (82%) pCr: 25 mg/dL	Pús de abcesso hepático	*Capnocytophaga spp*
2012	8	AVC hemorrágico Paralisia cerebral Epilepsia Hipotiroidismo	NI	Crises convulsivas, hipotermia e prostração	Pneumonia bilateral	L: 3.370/uL N: 2.000/uL (59%) pCr: 0,4 mg/dL	Expetoração	*C. gingivalis*
2016	17	LES Teratoma do ovário direito Disgerminoma do ovário esquerdo	NI	Febre, dificuldade respiratória, dor torácica, tosse	Pneumonia da base esquerda	L: 10.700/uL N: 9.260/uL (92%) pCr: 15,99 mg/dL	Expetoração	*C. sputigena*
2017	12	LLA	NI	Febre, úlcera no palato	Bacteriémia [Neutropenia febril]	L: 75/uL N: 4/uL (5%) pCr: 0,7 mg/dL	Hemocultura	*Capnocytophaga spp*
2022	1	LMA	NI	Febre	Bacteriémia [Neutropenia febril]	L: 100/uL N: 0/uL (0%) pCr: 3,98 mg/dL	Hemocultura	*C. sputigena*

NI: Não identificado nos registos clínicos. | LES: Lúpus Eritematoso Sistémico. | LLA: Leucemia Linfocítica Aguda. | LMA: Leucemia Mieloide Aguda.
L = Leucócitos | N = Neutrófilos | pCr = Proteína C-reativa

PD-212 – (23SPP-12811) – INFEÇÕES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS NUM HOSPITAL DE NÍVEL II

Débora Matias[1]; Bárbara Costa Correia[1]; Beatriz Craveiro Nunes[1]; Vera Rocha[1]; Fábio Barroso[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução e Objectivos

O *Staphylococcus aureus* é dos principais agentes responsáveis por infeções na população pediátrica, nomeadamente da pele e tecidos moles, podendo mais raramente provocar doença invasiva.
Assim, pretendeu-se caracterizar as infeções e a respetiva sensibilidade antimicrobiana deste agente.

Metodologia

Estudo observacional e retrospetivo dos isolamentos de *Staphylococcus aureus* nos últimos 10 anos num hospital de nível II.

Resultados

Dos 36 doentes, 54% eram do sexo masculino e a mediana de idades foi de 7,94 anos. Seis (16%) apresentavam doença crónica. A maioria dos doentes desenvolveu bacteriémia (69%), seguindo-se a osteomielite (22%), infeção urinária (19%), pneumonia (17%), sépsis (14%), artrite sética (11%), abcesso do psoas (5%) e celulite (3%).
O agente foi isolado quer em hemocultura, urocultura, secreções respiratórias e líquido articular. Isolaram-se 6 MRSA (16%), 4 (67%) destes resistentes à clindamicina e 3 (50%) resistentes ao ácido fusídico. Nos MSSA, 6 (19%) eram resistentes à clindamicina e todos eram sensíveis à vancomicina. O tratamento de eleição foi a flucloxacilina (35%), seguindo-se o ceftriaxone e a cefotaxima. Vinte e seis doentes (72%) foram hospitalizados, com duração média de internamento de 16,56 dias e todos tiveram boa evolução.

Conclusões

À semelhança da literatura atual, nesta amostra a bacteriémia e a osteomielite representaram a maioria das infeções invasivas causadas por *Staphylococcus aureus*.
Dentro das possíveis opções terapêuticas, a clindamicina é o fármaco com maior taxa de resistência, pelo que deverá ser considerada a utilização mais frequente da vancomicina na infeção grave suspeita ou confirmada por este agente.

Palavras-chave: Staphylococcus aureus, Doença invasiva bacteriana, Bacteriémia, Antibioterapia, Suscetibilidade antimicrobiana

PD-213 – (23SPP-12916) – ESTUDO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DAS INFEÇÕES A BARTONELLA HENSELAE NUM HOSPITAL DO NORTE DE PORTUGAL (2013-2023)

Diana Guedes[1]; Ana Filipa Mouro[1]; Maria Inês Abreu[1]; Maria Adriana Rangel[1]

1 – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução e Objectivos

Caracterizar as infeções a Bartonella henselae (Bh) numa população pediátrica de um hospital nível 3.

Metodologia

Estudo retrospetivo, descritivo e longitudinal dos casos que realizaram investigação para Bh de 2013 a 2023. Considerou-se confirmado quando DNA detetado; provável se título IgG≥1:256 ou elevação 4x do título após repetição; possível quando IgG 1:128-1:256 sem diagnóstico alternativo.

Resultados

Dos 65 casos investigados, foram incluídos na análise 31 – 3 confirmados, 20 prováveis e 8 possíveis – sem predominância de sexo, mediana de 11 (AIQ 7) anos, predominantemente de setembro a fevereiro e 77% com contacto com gatos. A maioria (74%) apresentou-se na forma clássica de adenite. Nos restantes (26%), identificaram-se 2 febres de origem indeterminada, 2 nódulo/granulomas hepáticos, 2 neurorretinites, 1 eritema nodoso e 1 síndrome oculoglandular Parinaud. A adenopatia, presente em 90% dos casos, teve localização inguinal (25%)> axilar (18%)> cervical (14%); e em 21% generalizadas. Febre, 38.7 ± 0.5ºC, em 45% com mediana 3,5 (AIQ 4) dias, sendo outros sintomas constitucionais raros. Quanto a parâmetros inflamatórios, mediana PCR 1,05mg/dL (AIQ 3,46) e VS 40mm/h (AIQ 59). Em 80% prescreveu-se antibioterapia, 27% realizou biópsia ganglionar e 50% foram internados. Como complicações agudas, 2 casos de supuração, 2 adenofleimão, 1 piomiosite e 1 suspeita de osteomielite. Não se verificaram sequelas.

Conclusões

Salienta-se a elevada proporção de casos identificados/investigados (1:2,1) e a localização inguinal e axilar mais frequentes nesta amostra, o que poderá traduzir um viés na seleção dos casos em que as serologias/PCR são solicitadas. Apesar da variedade de manifestações e complicações agudas, a infeção por Bartonella é geralmente autolimitada e benigna.

Palavras-chave: Bartonella henselae, Doença da arranhadura do gato, Adenopatia

PD-214 – (23SPP-12892) – CAUSA RARA DE DORSOLOMBALGIA EM ADOLESCENTE

Joana Almeida Monteiro[1]; Mariana Vieira Da Silva[1]; Joana Andresa Vasconcelos[1,2]; Elisabete Santos[1]; Cristina Faria[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Dona Estefânia

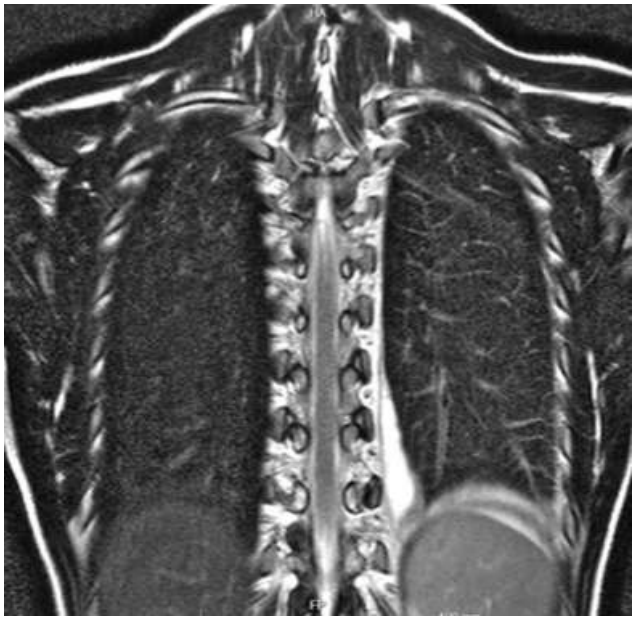
Introdução / Descrição do Caso

O empiema pode ocorrer como complicação de pneumonia, abcesso ou trauma penetrante. Na sua ausência, o diagnóstico é desafiante, por vezes tardio, com evolução prolongada ou atípica. 15 anos, sexo feminino, previamente saudável, com quadro de dorsolombalgia com 9 dias de evolução, de agravamento progressivo sem resposta a anti-inflamatório fixo, com despertar noturno e anorexia, vómitos e febre nas 12h prévias à admissão. Internamento prévio em D2 doença com realização de radiografia e angioTC por suspeita de tromboembolismo pulmonar, que não se confirmou, tendo alta sob analgesia assumindo patologia musculosquelética aguda. Na admissão em D9 – sinais vitais estáveis; sensação de doença; palidez cutânea; dor à palpação das apófises espinhosas dorsolombares. Por suspeita de etiologia infeciosa/neoplásica, realizou TC coluna lombar e RM sem alterações a nível da coluna, mas descrita lesão na vertente medial do lobo inferior do pulmão esquerdo, a carecer de esclarecimento. Repetiu angioTC em D18 doença, que revelou um abcesso subpleural compatível com empiema. Cumpriu 7 dias de antibioterapia endovenosa (ceftriaxone e clindamicina) com boa resposta, tendo alta cumprindo mais 3 semanas de amoxicilina/ácido clavulânico. Hemoculturas negativas. Posteriormente assintomática, com TC de controlo sem alterações.

Comentários / Conclusões

Em Pediatria, os empiemas surgem maioritariamente secundários a pneumonias. Neste caso, não existe um processo infecioso prévio conhecido nem trauma associado, surgindo a hipótese de se tratar de uma lesão infeciosa abecedada dos tecidos paravertebrais com drenagem para o espaço pleural. A persistência das queixas, em conjugação com a existência de sinais de alarme, devem alertar para a existência de patologia orgânica subjacente.

Palavras-chave: Dorsolombalgia, Empiema



PD-215 – (23SPP-12863) – DOENÇA INVASIVA BACTERIANA – CASUÍSTICA DE 6 ANOS DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Helena Ferreira[1]; Teresa Tavares[1]; Alexandre Fernandes[2]; Carla Teixeira[2]; Laura Marques[2]; Ana Ramos[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução e Objectivos

A doença invasiva bacteriana (DIB) é uma causa de morbimortalidade importante em idade pediátrica. O conhecimento epidemiológico da DIB é essencial para uma terapêutica empírica adequada. Pretendemos caracterizar os internamentos por DIB, no nosso centro terciário, num período de 6 anos.

Metodologia

Analisamos retrospetivamente todos os doentes internados no nosso centro terciário com menos de 18 anos e isolamento de bactérias em produto habitualmente estéril (excluídas contaminações) entre janeiro de 2017 e dezembro de 2022.

Resultados

Incluímos 71 doentes, 56.3% do sexo feminino, mediana de idade 7 meses, intervalo interquartil (IIR) 1-34. Duração média (DP) de internamento 18.6 ± 29.1 dias. Os microrganismo mais frequentes foram *S. pneumoniae* (16.9%), *E. coli* (14.1%), *S. aureus* (11.3%), *N. meningitidis* (7%). A duração de antibioterapia endovenosa mediana foram 14 dias (IIR 10-20), 10 doentes tiveram alta sob tratamento oral que cumpriram durante uma média(DP) 9 ± 5.95 dias. Não foram registados óbitos. A antibioterapia inicial mais frequente foi ceftriaxone (20.3%), seguindo-se cefotaxime e ampicilina (11.6%), ampicilina (11.6%) e vancomicina (8.7%). Os locais de identificação mais comuns foram a hemocultura de sangue periférico (57.7%), seguido do líquido céfalo-raquidiano (16.9%). Os diagnósticos mais frequentes foram meningite (22.5%), sépsis neonatal (18.3%), bacteremia (16.9%), pneumonia (14.1%).

Conclusões

A DIB permanece um importante motivo de internamento em pediatria e apesar das taxas de vacinação elevadas o *S. pneumoniae* mantém-se o agente predominante, como é corroborado pelo nosso estudo.

Palavras-chave: doença invasiva bacteriana

PD-216 – (23SPP-12727) – HEPATITE POR COXIELLA BURNETII. COMO DIAGNOSTICAR E TRATAR?

Daniela Pestana[1]; Diana Pereira[1]; Ricardo Monteiro[1]; Marta Cabral[1]; João Farela Neves[1]

1 – Hospital Luz Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: A infeção por C*oxiella burnetii* em idade pediátrica é, na maioria dos casos, pauci-sintomática, sendo a hepatite aguda uma das formas de apresentação.

Descrição do caso: 8 anos, sexo feminino, saudável, proveniente de meio rural, com contacto diário com cães, gado ovino, caprino e bovino, é admitida na urgência com náuseas e vómitos com 12h de evolução. Negava febre, sintomas respiratórios, exantema, artralgias, mialgias, diarreia, colúria ou acolia. Apresentava apenas icterícia ligeira. Analiticamente apresentava hepatite com função preservada (AST 2543 UI/L, ALT 2250 UI/L, bilirrubina total/conjugada 2.63/0.9 mg/dL, TP 11,2 seg, INR 1,15, aPTT 25,5 seg, albumina 4,4g/Dl). Negava ingestão medicamentosa ou produtos de ervanária. A ecografia abdominal não evidenciou alterações. É internada para vigilância e orientação etiológica. Da extensa investigação, destacava-se serologia compatível com infeção recente por *C. burnetii* (IgG de fase II 1:128, com fase I negativa). Teve alta em D3, clinicamente melhorada e com transaminases a descer (AST 888UI/L, ALT 167UI/L). A repetição da serologia revelou a duplicação do título de IgG anti-Coxiella burnetti de fase II 1:256, estabelecendo o diagnóstico provável de hepatite por *C. burnetti* em doente de baixo risco (ecocardiografia normal). Decidiu-se pelo tratamento com esquema curto (5 dias) de doxiciclina.

Comentários / Conclusões

Conclusão: Perante quadro e contexto epidemiológico compatíveis, deve ser suspeitada. A decisão de tratamento baseia-se na gravidade clínica e factores de risco para cronicidade. Nos casos ligeiros sem factores de risco, deve-se optar pelo esquema curto pelo risco de efeitos adversos que suplantem os benefícios, dado a raridade de evolução para febre Q crónica neste contexto.

Palavras-chave: coxiella burnetii, hepatite, febre Q

PD-217 – (23SPP-12838) – EPIDEMIOLOGIA DA VARICELA DURANTE E APÓS A PANDEMIA COVID-19

Raquel Oliveira Inácio[1]; Miguel Lince Duarte[1]; Mariana Domingues[1,2]; Ana Teresa Gil[1,2]; Ana Brett[1,2]; Lia Gata[1,2]; Fernanda Rodrigues[1,2]

1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução e Objectivos

A varicela é uma infeção muito comum em idade pediátrica. Tal como aconteceu com a maioria das doenças infeciosas, observou-se uma redução muito importante durante o período da pandemia COVID-19. O objetivo deste estudo é avaliar o padrão do seu ressurgimento.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo incluindo todos os diagnósticos de varicela (ICD9 052, 052.0, 052.1, 052.2, 052.7, 052.8, 052.9 e ICD10 B010, B0111, B0112, B012, B0182, B0189, B019), com ou sem realização de exames complementares de diagnóstico (ECD), sem internamento, observados no serviço de urgência pediátrica de um hospital terciário, de janeiro 2010 a junho 2023.

Resultados

Ao longo do período do estudo ocorreram 6742 diagnósticos, com valor médio 549 casos/ano de 2010 a 2019, com a distribuição apresentada na figura 1A. No período pós pandemia, verificou-se um aumento progressivo, seguido de elevado número de casos no primeiro semestre de 2023, com valor próximo da média anual nos anos pré-pandemia, e com idade média mais elevada (p<0,001) (figura 1A e 1B). A percentagem de casos nos quais foram efetuados ECD manteve-se relativamente estável.

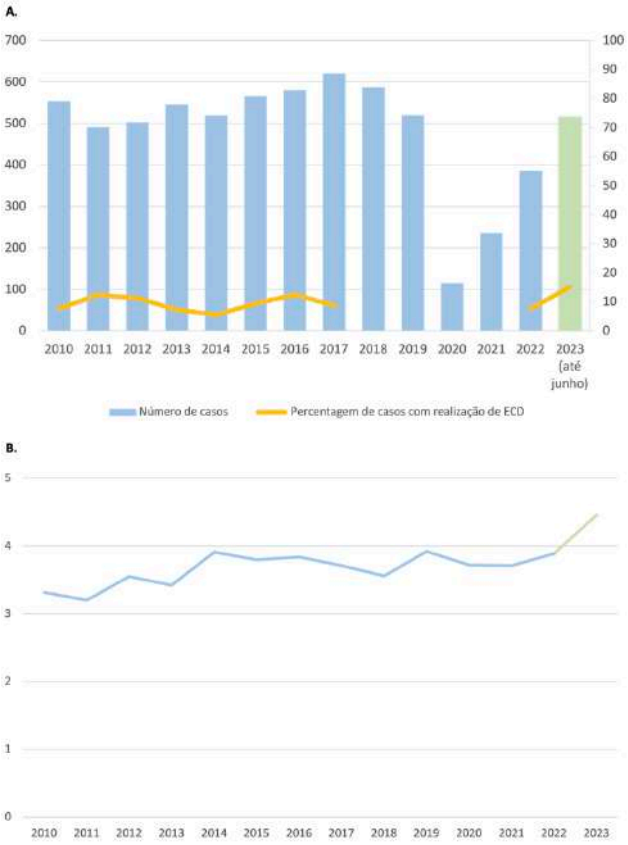


Figura 1 - A. Distribuição anual do número de diagnósticos de varicela no ambulatório de 2010 a 2023 (barras) e percentagem anual de casos com realização de ECD (linha amarela; de 2018 a 2021 não foi possível avaliar os ECD); **B.** Idade média das crianças com varicela (Anos).

Conclusões

A epidemiologia da varicela, relativamente estável de 2010 a 2019, sofreu alterações importantes com a pandemia COVID-19. Apesar da redução marcada em 2020, ao contrário de outros vírus não desapareceu, tendo ocorrido um aumento progressivo em 2021 e 2022, seguido, em 2023, do valor mais elevado nos últimos 14 anos. Este pico foi mais tardio do que o notado no padrão de ressurgimento de outras doenças infeciosas, atingindo crianças mais velhas, ainda suscetíveis.

Palavras-chave: Varicela, Urgência, COVID-19

PD-218 – (23SPP-12755) – SÓ UMA CELULITE?

Joana Antunes Pereira[1]; Maria Inês Brito[1]; Catarina Mendonça[1]; Sara Diogo Santos[1]

1 – Centro Hospitalar do Oeste

Introdução / Descrição do Caso

Em idade pediátrica a maioria das celulites apresentam evolução favorável após ciclos curtos de antibioticoterapia, sendo que apenas uma pequena percentagem requer internamento. Em casos raros a evolução é atípica com necessidade de antibióticos de largo espectro e internamento prolongado.

Criança de 5 anos, sexo masculino, previamente saudável, que recorre ao Serviço de Urgência por tumefação submandibular bilateral e febre com início nas últimas 24 horas. Ao exame objetivo estava prostrado, movia a região cervical em bloco, com tumefação eritematosa, dolorosa, extensa, desde a região supraesternal ao mento, com atingimento retroauricular direito e uma lesão cutânea. Analiticamente com parâmetros inflamatórios elevados. Efetuou Angio-TC que não mostrou coleções abecedadas. Apesar da boa evolução analítica, não houve regressão da tumefação e após cumprir 21 dias de amoxiclavulanato e 8 dias de clindamicina repetiu AngioTC com "abcesso submandibular direito com 6.3x3.3 cm (…)". Foi drenado cirurgicamente com exame bacteriológico/direto com pesquisa de BK negativo. Serologias para Bartonella, pesquisa micobactérias atípicas e estudo imunodeficiências negativo. Após drenagem surgiu lesão vegetante eritematosa com 3,5 cm de diâmetro e mantinha a tumefação com ligeira melhoria. Foi medicado com linezolide durante 12 dias sem resolução da lesão, pelo que foi excisada cirurgicamente. Histologicamente: "(…) tecido de granulação". Resolução completa após 5 meses do início dos sintomas.

Comentários / Conclusões

Dado a evolução longa e atípica, o grau de extensão da lesão e a necessidade de investigação etiológica, apesar de não ter agente isolado, este é um caso relevante pela sua necessidade de discussão multidisciplinar e pelo enorme desafio que apresentou.

Palavras-chave: Celulite, Granuloma

PD-219 – (23SPP-12975) – ERITEMA NODOSO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Francisca Gomes[1]; Carlos M. Nogueira[2]; João Rebelo Lima[1]; Ana Paula Vieira[2]; Ivo Miguel Neves[1]; Augusta Gonçalves[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2 – Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

O eritema nodoso (EN) é uma reação de hipersensibilidade tardia do tecido adiposo subcutâneo que se manifesta como nódulos eritematosos duros, dolorosos e simétricos, na região tibial anterior. Pode ser causado por infeções, fármacos, neoplasias ou condições inflamatórias, sendo que muitos casos são idiopáticos. O achado histológico caraterístico é uma paniculite septal. O diagnóstico diferencial entre EN e infeção de tecidos moles pode ser desafiante uma vez que as caraterísticas clínicas nem sempre são típicas, podendo apresentar alguma sobreposição.

Adolescente de 14 anos, sexo feminino, com história de amigdalite estreptocócica há 1 mês medicada com amoxicilina. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por tumefação eritematosa dolorosa na região tibial anterior do membro inferior esquerdo com 3 semanas de evolução, com agravamento dos sinais inflamatórios (Fig.1A) e recusa da marcha. Sem febre. Por suspeita de erisipela, foi medicada com penicilina e ibuprofeno. Após 4 dias regressou ao SU com novas lesões na região pré-tibial bilateralmente (Fig.1B). Analiticamente, 13100 leucócitos/uL, PCR 47.6 mg/L e TASO 1602 UI/mL. Internada com flucloxacilina e.v. Observada por Dermatologia e realizada biópsia cutânea da lesão nodular. Pela suspeita de EN secundário a amigdalite estreptocócica, suspendeu antibioterapia e iniciou prednisolona, com melhoria dos sinais inflamatórios (Fig.1C) e regressão das mesmas em 4 semanas. Histologia compatível com EN.

Comentários / Conclusões

O conhecimento das caraterísticas e fatores desencadeantes do EN é fundamental para um diagnóstico preciso. Neste caso, os sinais inflamatórios associados ao EN foram erroneamente atribuídos a erisipela e tratados com antibioterapia, no entanto, integravam o curso natural desta paniculite.

Palavras-chave: eritema nodoso, amigdalite estreptocócica, paniculite septal

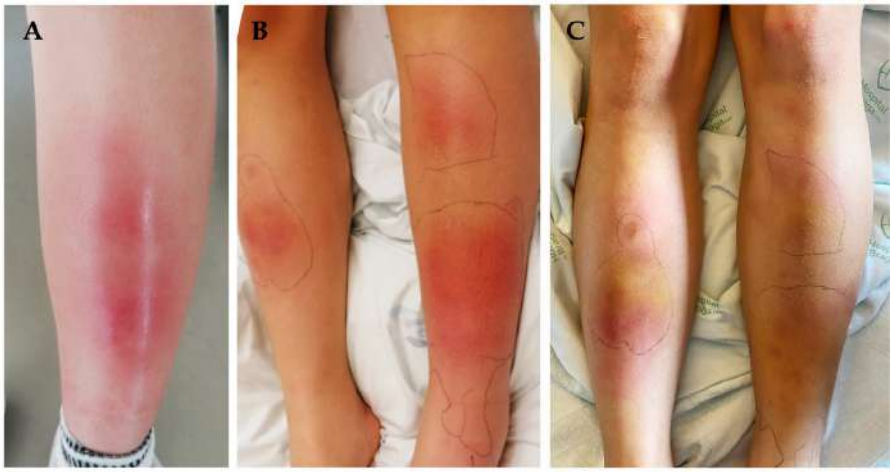


Figura 1: Evolução temporal das lesões de eritema nodoso.

PD-220 – (23SPP-12807) – ADENOMIOMA DO ILEO: UMA CAUSA RARA DE INVAGINAÇÃO INTESTINAL

Ana Isabel Barros[1]; Isabel Mota Pinheiro[2]; Catarina Carvalho[3]; Mário Rui Correia[3]; Jorge Cagigal[3]; Ana Coelho[3]; Hélder Morgado[3]; Ribeiro De Castro[3]; Fátima Carvalho[3]

1 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 3 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

Introdução

A invaginação intestinal é uma das causas mais frequentes de oclusão intestinal em idade pediátrica, tipicamente entre os 3 meses e os 5 anos. Em 95% dos casos é considerada idiopática. A presença de uma lesão orgânica (LO) subjacente deve ser suspeitada perante recorrência do quadro, apresentação em idade atípica e na presença de uma invaginação íleo-íleo-cólica (IIC), sendo que nesta última é encontrada uma LO em 40% dos casos.

Caso clínico

Lactente de 11 meses, sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo, internado por quadro de gastroenterite aguda. O internamento evoluiu com recusa alimentar, agravamento da irritabilidade, vómitos, febre e distensão abdominal de novo. Foi efetuada radiografia abdominal que evidenciou a presença de níveis hidroaéreos e ausência de gás distal. Neste contexto realizou ecografia abdominal com identificação de invaginação intestinal. Foi tentada redução hidrostática sob controlo ecográfico, sem sucesso. Submetido, então, a laparoscopia exploradora, com necessidade de conversão, tendo-se identificado uma invaginação IIC. Após redução manual constatada perfuração intestinal em múltiplos pontos do bordo mesentérico do íleo distal, pelo foi que realizada enterectomia segmentar com anastomose primária. Na avaliação anatomopatológica da peça foi identificada uma LO histologicamente compatível com adenomioma do íleo. O pós operatório decorreu sem intercorrências, tendo alta ao 7º dia.

Comentários / Conclusões

Os adenomiomas são uma causa benigna e rara de invaginação intestinal, com 28 casos descritos na literatura. Mesmo perante uma invaginação intestinal em idade típica a possibilidade da presença de LO não deve ser esquecida, especialmente no caso de uma invaginação IIC, como se verificou neste caso.

Palavras-chave: invaginação intestinal, adenomioma do íleo

PD-221 – (23SPP-12797) – INVAGINAÇÃO INTESTINAL – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Ana Feio[1]; Filipe Oliveira[1]; Joao Faria Dias[1]; Sónia Carvalho[1]; Andreia Felizes[2]

1 – Centro Hospitalar do Médio Ave; 2 – Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A invaginação intestinal representa a emergência cirúrgica abdominal mais comum na primeira infância. A tríade clínica clássica, com massa abdominal, dor abdominal intermitente e dejeções sanguinolentas, surge em menos de 15% dos doentes, dotando, portanto, esta entidade clínica uma diversidade de sintomas e pouco específicos. Atipicamente, pode-se apresentar com letargia ou alteração do estado da consciência que podem ser confundidos com outros diagnósticos. **L**actente, 9 meses, previamente saudável, admitido no serviço de urgência (SU) por início súbito de sonolência e arreatividade. No trajeto até ao SU, apresentou 2 vómitos alimentares. Sem outros sintomas associados. Ao exame físico, hemodinamicamente estável, letárgico, com gemido intermitente e palidez cutânea, restante exame normal, nomeadamente auscultação cardiopulmonar e palpação abdominal. Parâmetros analíticos sem alterações, pesquisa de drogas urina negativa, radiografia toraco-abdominal e TC crânio sem alterações, exame de liquor normal. Durante a vigilância, permanecia com flutuações do estado de consciência, intercalando períodos de sono com despertares de curta duração. Após 9 horas da admissão, apresentou vómitos biliares, considerando-se a hipótese de obstrução intestinal. Submetido a laparoscopia exploradora, com posterior desinvaginação manual com sucesso e sem intercorrência no pós-operatório.

Comentários / Conclusões

A invaginação intestinal com apresentação atípica, nomeadamente letargia como apresentação inicial em lactentes, pode ser um desafio diagnóstico, dado os sintomas vagos e inespecíficos, onde facilmente são considerados outros diagnósticos como meningoencefalite, sépsis ou intoxicação, sendo necessário um elevado índice de suspeição.

Palavras-chave: Invaginação, Letargia, Diagnóstico Diferencial

PD-222 – (23SPP-13018) – TORÇÃO TESTICULAR NEONATAL-A PROPÓSITO DE UM CASO DE TORÇÃO TESTIUCLAR IN ÚTERO

Vânia Oliveira[1]; Joana Fortuna[2]; Miroslava Gonçalves[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 – Hospital Divino Espírito Santo

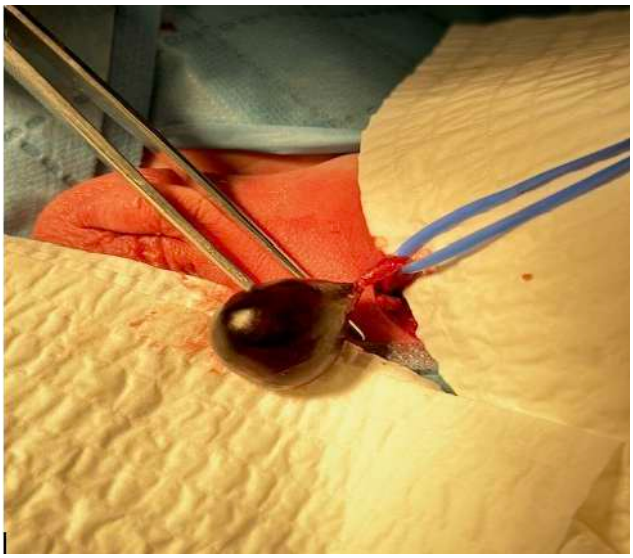
Introdução / Descrição do Caso

A torção testicular neonatal corresponde a 10 a 12% das torções testiculares na idade pediátrica e ocorre nos primeiros 30 dias de vida. A torção testicular pré-natal é rara, e a fisiopatologia permaneça desconhecida. O stress fetal e fatores mecânicos durante a gravidez e parto, podem levar a tensão cremastérica e subsequente torção. O exame físico e a realização da ecografia, são fulcrais. Apresentamos um caso de torção do cordão espermático unilateral in útero.
Recém-nascido, com gestação de 37 semanas, parto por cesariana, ao nascimento objetivado testículo esquerdo endurecido, e testículo direito com hidrocele. Realizou ecografia escrotal com doppler que documentou alteração ecoestrutural difusa do testículo e epidídimo esquerdo. Na ausência de parto traumático estes achados sugeriam torção testicular neonatal. Foi transferido em D3 de vida para o centro de referência. Em D4 sob anestesia geral, foi operado, com constatação de torção testicular à esquerda com testículo necrótico. Realizada orquidectomia esquerda, sem intercorrências. O exame anatomopatológico confirmou necrose testícular. E teve alta em D7 pós-operatório.

Comentários / Conclusões

A torção testicular pré-natal poderá ser extra ou intravaginal, sendo a mais frequente a extravaginal. É importante a sua documentação pois a intravaginal predispõe a torção testicular bilateral. A orquidopexia no testículo contralateral na torção testicular extra vaginal, é controversa.

Palavras-chave: Torção Testicular, Neonatal



PD-223 – (23SPP-12897) – RECÉM-NASCIDA COM TUMEFAÇÃO NO JOELHO – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Sara Alves Araújo[1]; Joana Ferreira Mendes[1]; Marina Amaral[2]; Inês Ferreira[1]; Flávia Santiago[1]; Teresa Caldeira[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; 2 – Serviço de Cirurgia Pediátrica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução / Descrição do Caso

As tumefações congénitas do joelho, ainda que raras, correspondem a um vasto conjunto de lesões com origens e graus de malignidade variáveis. A sua apresentação condiciona dúvidas diagnósticas, que pelo potencial de gravidade subjacente, deverão ter uma orientação célere. Recém-nascida de termo, sexo feminino, fruto de gestação vigiada, complicada com diabetes gestacional. Ecografias pré-natais sem alterações. Parto eutócico, sem intercorrências. Ao nascimento, objetivada tumefação do joelho direito, com 2x2cm, dura, móvel sobre os planos subjacentes, aparentemente indolor e com coloração vinosa escurecida. Ecografia do joelho evidenciou estrutura nodular de localização subcutânea, limites bem definidos e aspeto incaracterístico, questionando-se a possibilidade de hematoma organizado. Visualizada uma área de calcificação na radiografia do joelho. Estudo analítico complementar sem alterações. Aos 3 meses de vida, noção de discreta diminuição das suas dimensões, mas coloração mais escurecida. Ecografia de partes moles nessa idade revelou nódulo heterogéneo na transição entre a derme e gordura subcutânea, com focos de vascularização e calcificação central, sugestivo de pilomatricoma. Atualmente com 7 meses, sem agravamento clínico ou limitação funcional, mantendo atitude expectante.

Comentários / Conclusões

O pilomatricoma trata-se de um tumor folicular benigno com origem na matriz pilosa, localizado preferencialmente na cabeça e pescoço. Destaca-se neste caso a raridade de apresentação no período neonatal e a localização atípica, condicionando dúvidas no diagnóstico. O tratamento definitivo passará pela exérese cirúgica da lesão, com exame anatomo-patológico para confirmação da mesma, esperando-se um bom prognóstico a longo-prazo.

Palavras-chave: Recém-nascido, Tumefação Congénita

PD-224 – (23SPP-12928) – DOR ABDOMINAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO RARO MAS POTENCIALMENTE FATAL

Rosa Duarte Cardoso[1]; Marta Rodrigues Amaral[1]; Ekaterina Popik[2]; Marina Amaral[3]; Joana Pereira[3]; Catarina Matos Figueiredo[1]

1 – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; 2 – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim – Vila do Conde; 3 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho

Introdução / Descrição do Caso

A dor abdominal é um dos motivos mais frequentes de recorrência ao Serviço de Urgência (SU) em idade pediátrica, representando um importante desafio diagnóstico.

Adolescente de 12 anos, sexo feminino, com vindas ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal intermitente com 10 dias de evolução. Nas primeiras duas vindas ao SU, não apresentava alterações no exame objetivo. Em D10 de doença, recorreu pela terceira vez ao SU, por agravamento da dor, localizada à região suprapúbica, associada a vómitos, dejeções pastosas e febre. No apresentava defesa à palpação dos quadrantes inferiores do abdómen. No EA apresentava leucocitose (19100/mL) e proteína C reativa de 268 mg/L. Realizou tomografia computorizada abdominal, que revelou volumosa massa nos quadrantes inferiores do abdómen, com desvio e compressão das ansas adjacentes e densificação da gordura envolvente, sem captação de contraste, com provável coleção hemática. Foi submetida a laparotomia exploradora, diagnosticando-se torção de baço flutuante, tendo sido submetida a esplenectomia emergente, que decorreu sem intercorrências. Durante o internamento, manteve-se hemodinamicamente estável, com controlo álgico adequado, tendo tido alta em D4, orientada para consulta de cirurgia pediátrica, sob antibioterapia profilática diária com amoxicilina.

Comentários / Conclusões

O baço flutuante é uma entidade clínica rara, caracterizada pela hipermobilidade do baço devido à laxidez dos ligamentos suspensórios, com um aumento significativo do risco de torsão. O diagnóstico e intervenção precoces são cruciais para evitar complicações potencialmente fatais.

Palavras-chave: dor abdominal, massa abdominal, baço flutuante, torção esplénica

PD-225 – (23SPP-12794) – DIVERTÍCULO DE MECKEL – UMA LOCALIZAÇÃO INESPERADA

Isabel Mota Pinheiro[1]; Catarina Carvalho[2]; Ana Isabel Barros[2]; Berta Bonet[2]

1 – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 2 – Centro Materno-Infantil do Norte

Introdução / Descrição do Caso

O divertículo de Meckel (DM) resulta da obliteração incompleta do canal onfalo-mesentérico e constitui a anomalia congénita do trato gastrointestinal mais comum, tipicamente no bordo antimesentérico do íleo distal. Ocorre em 2% da população, sendo mais frequente no sexo masculino. Na maioria dos casos é assintomático, mas pode apresentar-se com hemorragia digestiva baixa, obstrução ou invaginação intestinais. A cintigrafia com pesquisa de mucosa gástrica ectópica apresenta uma sensibilidade de 85-97% em idade pediátrica.

Criança de 30 meses, sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo. Observado no Serviço de Urgência por hematoquézias com 24h de evolução, associado a dor abdominal generalizada. Sem outra sintomatologia. Estabilidade hemodinâmica preservada; sem alterações ao exame objetivo. No estudo analítico, anemia ligeira (Hb 9.6 g/dL); ecografia abdominal sem alterações. Após 24h, o doente apresentou queda de hemoglobina (Hb 8.6 g/dL), pelo que realizou cintigrafia, evidenciando hiperatividade focal na projeção da região umbilical, compatível com a presença de mucosa gástrica ectópica. Foi proposta a laparoscopia exploradora e foi submetido a diverticulectomia após identificação de lesão pediculada junto ao bordo mesentérico do íleo terminal (Fig.1). Diagnóstico confirmado no exame anatomopatológico. Sem intercorrências no pós-operatório. Observado em consulta externa após 1 mês, apresentando-se assintomático e com boa cicatrização da ferida cirúrgica.

Comentários / Conclusões

Perante uma criança, sobretudo abaixo dos 10 anos, com hemorragia digestiva baixa indolor, devemos suspeitar de DM. Neste caso, destaca-se a sua localização distinta – no bordo mesentérico, existindo poucos casos descritos na literatura.

Palavras-chave: Hematoquézia; Divertículo de Meckel; Bordo mesentérico

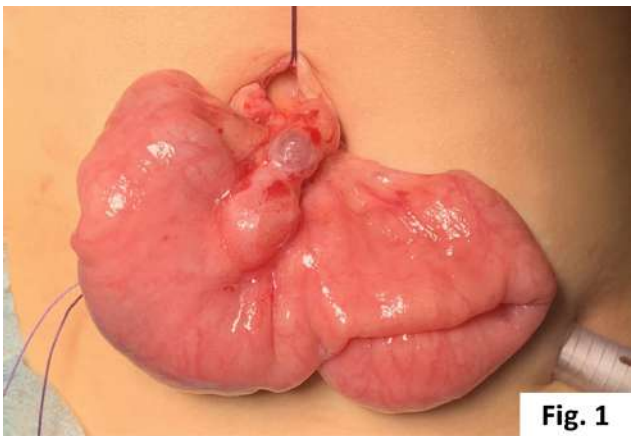


Fig. 1

PD-226 – (23SPP-12549) – HÉRNIA DO CANAL DE NUCK ENCARCERADA COM CONTEÚDO OVÁRICO

Inês Noites[1]; Marta Ribeiro[1]; Ana Raposo[1]

1 – Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução / Descrição do Caso

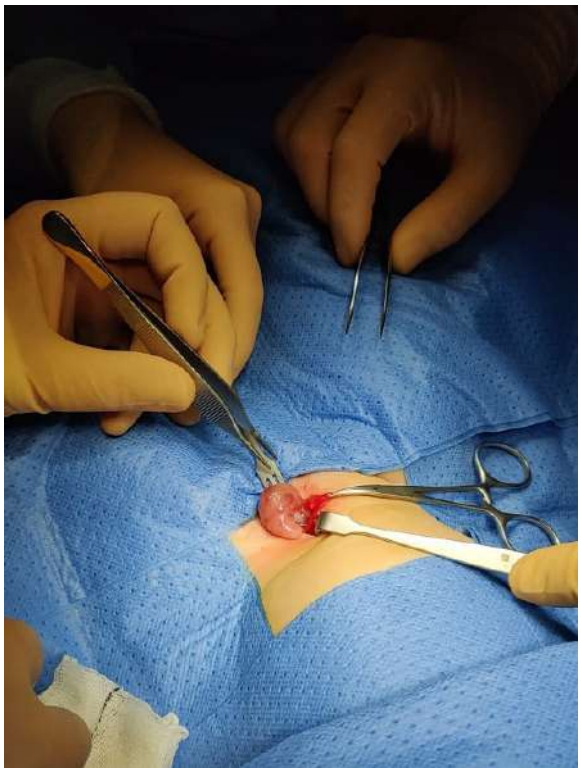
A incidência de Hérnia Inguinal (HI) em idade pediátrica é de 0,8-4,4%, sendo mais frequente no sexo masculino. A hérnia do canal de Nuck com conteúdo ovárico é uma patologia congénita rara que acomete o sexo feminino. Clinicamente, caracteriza-se por uma massa palpável a nível inguinal ou dos grandes lábios. Implica confirmação ecográfica e associa-se a um risco não desprezível de encarceramento, torção ovárica e infertilidade.

Uma lactente do sexo feminino, com um mês e quatro dias de vida, sem antecedentes perinatais de relevo, foi trazida ao serviço de urgência por apresentar edema assimétrico dos grandes lábios à esquerda desde o próprio dia e noção materna de agravamento com o choro. Apresentava ingesta, diurese e trânsito intestinal mantidos. Objetivamente com tumefação inguinal esquerda com extensão ao grande lábio homolateral, sugestiva de HI, sem sinais inflamatórios locais ou outras alterações. Por impossibilidade de redução manual da tumefação, foi solicitada observação por Cirurgia Geral e ecografia das partes moles que revelou HI indireta esquerda encarcerada com conteúdo ovárico, sem sinais de estrangulamento. Submetida a redução do ovário e herniorrafia de Marcy, sem intercorrências cirúrgicas, tendo tido alta dois dias depois. Reavaliada um mês após em consulta de Cirurgia Geral com excelente cicatrização e sem sequelas.

Comentários / Conclusões

Pretende-se com este caso dar a conhecer a hérnia do canal de Nuck com conteúdo ovárico como diagnóstico diferencial de massa inguinal no sexo feminino. O célere diagnóstico ecográfico desta patologia e a atempada redução da hérnia são determinantes para a prevenção de complicações.

Palavras-chave: Hérnia inguinal, Hérnia do canal de Nuck, Ovário, Encarceramento, Lactente



PD-227 – (23SPP-12864) – HÉRNIA INGUINAL NUMA AMOSTRA DE CRIANÇAS COM MENOS DE 3 ANOS

Catarina Pinto Silva[1]; Mariana Lopes Costa[1,2]; Nádia Laezza[3]; Gabriela Mimoso[1]

1 – Serviço de Neonatologia, Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, EPE; 3 – Serviço de Cirurgia e Queimados, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e Objectivos

A hérnia inguinal (HI) é um problema frequente em pediatria, cujos fatores de risco para encarceramento e *timing* cirúrgico não estão bem definidos.

Avaliar fatores de risco e *timing* de correção de HI.

Metodologia

Estudo retrospetivo de processos das crianças com <3 anos submetidas a reparação de HI entre 2017-22 num hospital terciário.

Resultados

Incluídas 181 crianças (78% sexo masculino), 52% com HI direita, 32% esquerda e as restantes bilateral. A mediana de idade gestacional (IG) foi 37 semanas (48% prematuros) e de peso de nascimento (PN) foi 2600 gramas. Necessitaram de ventilação 12% dos recém-nascidos. Em 23 verificou-se hérnia umbilical concomitante, em 10 intolerância alimentar prolongada, 5 com história familiar de HI, em 4 testículos mal descidos, 3 hipospádias, 2 enterocolite necrotizante e 1 com DDA. A mediana de idade ao diagnóstico foi 2 meses e a mediana de espera para cirurgia foi 237 dias. Em 42% houve >1 episódio de encarceramento. Em 9 casos ocorreram HI metácronas com necessidade de nova cirurgia e em 3 houve recidiva. A mediana do follow-up foi 11 meses. Não se verificou associação entre encarceramento e IG, PN, necessidade de ventilação ou idade do diagnóstico. O tempo até reparação cirúrgica foi significativamente menor em crianças com episódio de encarceramento. As raparigas apresentaram um risco significativamente maior de HI metácrona.

Conclusões

Verificou-se maior prevalência de HI no sexo masculino e não se identificou associação entre prematuridade e HI encarcerada.

A elevada prevalência de episódios de encarceramento levanta questões em relação ao timing de diagnóstico e cirurgia. A maior incidência de HI metácrona no sexo feminino, em linha com outros estudos, levanta dúvidas sobre a necessidade de cirurgia bilateral nestes casos.

Palavras-chave: Hérnia Inguinal, Prematuridade, Hérnia Metácrona, Hérnia Encarcerada

PD-228 – (23SPP-12550) – HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lúcia Marques[1]; Maria Dolores Barros[1]; João Henriques[1]

1 – Hospital de Loures, EPE

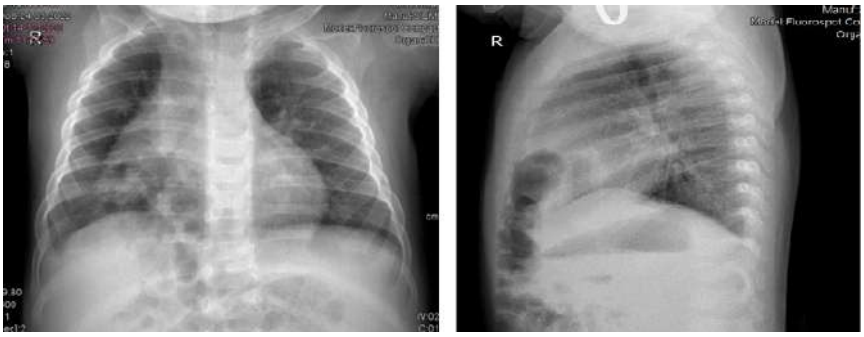
Introdução / Descrição do Caso

A hérnia diafragmática congénita (HDC) é um defeito raro, ocorrendo em 2.6 em cada 10000 nascimentos. A maioria dos diagnósticos são feitos no momento pré-natal, contudo alguns destes defeitos, por serem menos sintomáticos, podem ter um diagnóstico mais tardio. Lactente de 6 meses do sexo masculino, com antecedentes de prematuridade (32 semanas e 5 dias) e doença membrana hialina grau I com necessidade de ventilação não invasiva nos primeiros 3 dias, com boa progressão ponderal, sem história de infeções respiratórias recorrentes ou obstipação, é trazido ao Serviço de Urgência por quadro de tosse e congestão nasal com 3 semanas de evolução e agravamento na semana anterior com dificuldade respiratória, sem febre associada. À observação, apresentava-se apirético, taquipneico com tiragem subcostal e saturação periférica de oxigénio de 94% em ar ambiente com auscultação pulmonar com fervores bibasais. Realizou salbutamol inalatório com boa resposta. Fez radiografia de tórax ântero-posterior que revelou sombra tímica e uma imagem paracardíaca direita hipotransparente difícil de interpretar, pelo que foi pedida radiografia de perfil, evidenciando uma hipotransparência compatível com ansa intestinal herniada através do diafragma (hérnia de Morgagni). Após discussão com equipa de Cirurgia Pediátrica e 24 horas de vigilância, foi encaminhado a consulta de especialidade, na qual foi discutido o plano cirúrgico.

Comentários / Conclusões

A hérnia de Morgagni representa cerca de 2-5% dos casos de HDC. Apesar de menos sintomática, dado o risco de complicações, está sempre indicado o tratamento cirúrgico. Para além do diagnóstico diferencial, este caso pretende ainda demostrar o papel diagnóstico da radiografia de perfil.

Palavras-chave: hérnia diafragmática, radiografia de perfil, imagiologia diagnóstica



PD-229 – (23SPP-12681) – PÓLIPO INTESTINAL NUMA CRIANÇA DE 12 MESES – UMA APRESENTAÇÃO RARA

Diana Pereira[1]; Daniela Pestana[2]; Vanda Vital[2]; João Farela Neves[2]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; 2 – Departamento de Pediatria, Hospital da Criança e do Adolescente, Hospital da Luz Lisboa

Introdução / Descrição do Caso

Os pólipos intestinais são raros em idade pediátrica, localizando-se mais frequentemente no cólon sigmóide. A maioria classifica-se histologicamente como pólipo juvenil, apresentando neste caso um risco negligenciável de transformação maligna. Menos frequentemente, englobam síndromes com maior risco de malignização. Apresentam-se habitualmente com hemorragia digestiva baixa, com ou sem anemia associada, sendo outras apresentações mais raras.

Caso clínico: Criança de 12 meses, sem antecedentes pessoais de relevo. No dia da admissão, apresentou-se com massa anal indolor, sem desencadeante evidente, com trânsito intestinal mantido, dejeções moles e sem esforço. À observação, apresentava-se calmo, sem queixas álgicas aparentes, com massa anal prolapsada, arredondada, eritematosa, congestionada e móvel com pedículo. Analiticamente apresentava ligeira anemia microcítica (Hb 10,7 g/dL; VGM 67 fL), sem outras alterações de relevo.

Foi submetido a intervenção cirúrgica, tendo-se confirmado intraoperatoriamente pólipo retal exteriorizado através do canal anal com congestão vascular, que foi excisado sem intercorrências.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo a criança ficado assintomática.

O estudo anatomopatológico foi compatível com pólipo juvenil.

Comentários / Conclusões

Os pólipos intestinais são raros em idade pediátrica, sendo também rara a sua apresentação com prolapso. Ao exame objetivo podem mimetizar um prolapso retal, sendo a ausência de lúmen retal visível e a possibilidade de mobilização no canal anal dados importantes na sua distinção. Apesar do baixo risco de malignização, devem ser excisados e submetidos a exame anatomopatológico.

Palavras-chave: pólipo intestinal, pólipo juvenil

PD-230 – (23SPP-12824) – CASO RARO DE TUMOR BORDERLINE MUCINOSO DO OVÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA

António Moreira[1]; Rita Raminhos[1]; Miroslava Gonçalves[1]

1 – Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução / Descrição do Caso

O diagnóstico de tumor *borderline* do ovário é raro em idade pediátrica. Caracteriza-se pela proliferação atípica do epitélio ovárico sem invasão do estroma. Apresenta baixo potencial maligno, com sobrevivência global em todos os estádios de 95% aos 5 anos, pelo que o tratamento conservador, com preservação da fertilidade, é recomendado.

Apresenta-se um caso de adolescente de 16 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu à urgência por vómitos e dor abdominal nos quadrantes direitos, com 2h de evolução. Apresentava defesa à palpação abdominal. Ecografia revelou volumosa massa quistica multiloculada (12.5cm) no ovário direito, compatível torção anexial. Submetida a laparotomia constatou-se torção do anexo direito na dependência de massa quistica volumosa. Realizou-se destorção, quistectomia e marsupialização dos bordos. O ovário contralateral sem alterações. Alta em dia 1 pós operatório. Exame anátomo-patológico revelou tumor *borderline* mucinoso. Mantém-se assintomática, com 5 meses de seguimento em consulta.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de tumor *borderline* do ovário é raro em pediatria, com apenas 1/3 dos casos antes dos 40 anos. A apresentação é variável, desde massa quistica uniloculada até formações complexas, o que torna difícil a suspeita diagnóstica. A Ecografia é o exame de primeira linha. Ao diagnóstico aproximadamente todos os tipo mucinosos estão em estadio I (*FIGO*). Pelo baixo potencial maligno o tratamento conservador é recomendado. A doente mantém seguimento clínico e imagiológico, com a necessidade de cirurgia de reestadiamento em discussão multidisciplinar, pela possível indicação para salpingo ooforectomia ipsilateral e inspeção abdominal.

Palavras-chave: Tumor borderline do ovário, Mucinoso

PD-231 – (23SPP-12835) – MICROLITÍASE TESTICULAR – A VIGIAR?

Andreia Preda[1]; Joana Ester Batista[2]; Catarina Barros Azevedo[2]; Cláudia P. Gonçalves[3]; Alícia Rebelo[2]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Hospital Nossa Senhora da Oliveira Guimarães; 3 – Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A dor testicular é, em idade pediátrica, um dos motivos mais frequentes pelo qual se realiza um exame de imagem para esclarecimento. Pode ser um sintoma de uma patologia potencialmente grave como a torção testicular ou de outro tipo de patologias habitualmente benignas, como por exemplo, a orquiepidimite.

Descreve-se o caso de um adolescente saudável de 12 anos, observado por dor testicular à esquerda com 8 horas de evolução. Ao exame objetivo, não apresentava sinais inflamatórios escrotais. Realizou ecografia escrotal neste contexto que mostrou alterações compatíveis com orquiepididimite e também inúmeras microcalcificações parenquimatosas compatíveis com microlítiase. O adolescente teve alta medicado com anti-inflamatório e foi orientado para consulta de pediatria para seguimento. Nas várias ecografias de seguimento realizadas manteve estas alterações à esquerda que também se verificaram à direita.

Comentários / Conclusões

A microlitíase testicular caracteriza-se pela presença de microcalcificações no parênquima do testículo. Geralmente é bilateral e diagnosticada incidentalmente durante a realização de ecografia escrotal por vários motivos, nomeadamente dor testicular.

Apesar de ser considerada uma alteração maioritariamente benigna, nos adultos, está estabelecida a associação entre a microlitíase testicular e a patologia do testículo, nomeadamente, tumoral maligna. O seu curso natural não está ainda completamente esclarecido, principalmente em idade pediátrica, o que justifica a necessidade de deteção precoce e seguimento seriado clínico e ecográfico anual. Os doentes com outras alterações testiculares ou história familiar de neoplasia do testículo devem ser referenciados à Cirurgia Pediátrica.

Palavras-chave: Microlítiase Testicular, Ecografia

PD-232 – (23SPP-13054) – DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL E TRATAMENTO DO VOLVO INTESTINAL IN UTERO: UM CASO CLÍNICO

Ana G. Magalhães[1]; Teresa Loureiro[1]; Margarida Abrantes[1]; Miroslava Gonçalves[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução / Descrição do Caso

A má rotação intestinal é uma anomalia do intestino médio que tem como origem um defeito embriológico durante as fases de herniação, rotação e fixação. Quando esta situação apresenta um estreitamente na base do mesentérico, predispõe ao aparecimento do volvo intestinal in útero, condição rara e potencialmente fatal. O diagnóstico ecográfico pré-natal com doppler, localizando quando possível, os vasos mesentéricos e o posicionamento da veia em relação a artéria, é fundamental mas desafiante, dado que a apresentação é atípica.

Apresentamos um caso de suspeita de volvo intestinal diagnosticado às 30 semanas e 3 dias de gestação, em que se objetivou os sinais: "Whirlpool (sign)" e distensão de ansas intestinais com peristaltismo aumentado. Verificou-se a ausência de ascite, ou fluxo aumentado da velocidade do pico sistólico da artéria cerebral média ou diminuição dos movimentos fetais ou cardiotocografia não tranquilizadora. Dado a ausência destes sinais de agravamento manteve-se sob vigilância apertada e controlo ecográfico seriado. Por ruptura espontânea da bolsa amniótica e início de trabalho de parto foi submetida a cesariana emergente às 31 semanas. Após o diagnóstico confirmado, foi submetido em dia 2 de vida a laparotomia exploradora com constatação intra-operatória de volvo intestinal perfurado com peritonite meconial, e por isso com necessidade de ressecção de 15 cm de ileon e posterior ileostomia. No período pós-operatório recuperou sem intercorrências tendo sido submetido em dia 46 de vida a restabelecimento do trânsito.

Comentários / Conclusões

A descrição dos achados ecográficos e dos sinais de agravamento clínico é fundamental para que, em equipa, se realize uma avaliação multidisciplinar e se diminua a morbimortalidade associada.

Palavras-chave: volvo intestinal; im utero; diagnóstico pré-natal

FIG. 1 – Ecografia diagnóstico pré-natal com sinal de "Whirlpool" às 30 semanas de gestão

PD-233 – (23SPP-12834) – GEMELARIDADE E FENDA LABIOPALATINA: CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Mariana Ribeiro[1]; Sofia Vieira[2]; Helena Duarte[2]; Tatiana Moreira[2]; Carla Pinto Moura[3,4,5,6]; Ana Maia[2,6]

1 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, UAG-MC do Hospital São João, E.P.E. – Porto;
2 – Serviço de Pediatria Médica, UAGMC do Hospital São João, E.P.E. – Porto;
3 – Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E. – Porto;
4 – Serviço de Genética, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E. – Porto, Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto;
5 – i3S, Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Porto;
6 – Consulta de Grupo Multidisciplinar de Fendas Labiopalatinas, Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E. – Porto

Introdução e Objectivos
A fenda labiopalatina (FLP) é uma das malformações congénitas craniofaciais mais comuns (incidência de 1:600 nascimentos). Ocorre sobre a forma de fenda labial com ou sem fenda palatina ou fenda palatina isolada, podendo agrupar-se segundo a classificação de Spina. É frequente a associação com outras malformações congénitas, enquadrando-se ou não em síndromes identificadas. Pretende-se com este estudo caraterizar os pares de gémeos com FLP seguidos num centro de referência de um hospital terciário.

Metodologia
Estudo retrospetivo de pares de gémeos em que pelo menos 1 apresenta FLP seguidos pelo grupo multidisciplinar do nosso hospital entre 1992 e 2023.

Resultados
Dos 716 doentes seguidos pelo nosso grupo, foram incluídos 19 no estudo, 14 (74%) dos quais do sexo feminino. Identificamos 16 pares de gémeos, sendo que em 3 ambos apresentavam FLP. Seis doentes (32%) apresentavam fenda do tipo I de Spina, 8 (42%) fenda do tipo II e 5 (26%) fenda do tipo III. O diagnóstico foi pré-natal em 6 casos (32%), 4 dos quais tinham fenda do tipo II e os restantes do tipo I. Em 4 doentes (21%) existia história familiar de FLP, 2 dos quais em irmãos e 2 em primos de 1º grau. Apenas se identificou síndrome polimalformativo num par de gémeas, portadoras de síndrome de Treacher Collins. Todos os pares de gémeos em que ambos eram afetados apresentavam congruência no tipo de fenda.

Conclusões
Com este estudo conclui-se que em pares de gémeos, a FLP ocorre mais frequentemente em apenas um dos indivíduos. No caso de ambos serem portadores de FLP, existe congruência no tipo de fenda que possuem. Assim, salienta-se a etiologia multifatorial da FLP. É fundamental o seguimento em grupo multidisciplinar dos doentes e dos seus irmãos gémeos, quer estes sejam saudáveis ou portadores de FLP.

Palavras-chave: Fenda labiopalatina, Gemelaridade, Malformações congénitas, Síndrome Treacher Collins

PD-234 – (23SPP-12704) – HEMATÚRIA MACROSCÓPICA – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Graça Proença Varão[1]; Maria Limbert[1]; Patricia Maio[1]; Sofia Moura Antunes[1]; Sofia Deuchande[1]

1 – Hospital de Cascais

Introdução / Descrição do Caso
Hematúria macroscópica surge com a presença de glóbulos vermelhos na urina em número suficiente para lhe conferir cor avermelhada visível a "olho nu". Apesar de alarmante para os pais, é na maioria dos casos, benigna e auto-limitada.
Descrevemos dois casos de hematúria macroscópica, com o objetivo de salientar a importância da abordagem diagnóstica na exclusão de doença grave.
Rapaz de 7 anos, internado por febre com 3 dias de evolução e urina de cor avermelhada desde o dia. À admissão estava normotenso, sem edema. O exame sumário de urina revelou hematúria 3+, e o sedimento eritrócitos dismórficos. Do estudo etiológico destacava-se TASO aumentado, C3 diminuído, C4 normal, e lesão renal aguda estadio 1. Ecografia renal normal. Sem critérios para biópsia renal, assumiu-se o diagnóstico de glomerulonefrite pós-infeciosa. Alta ao fim de 7 dias, após normalização dos valores de creatinina.
Rapaz de 3 anos, com escarlatina 3 semanas antes, que recorreu à urgência pediátrica por urina de cor avermelhada. Na observação destacava-se hipertensão grave, sem edema, ou outras alterações. O exame sumário de urina revelou hematúria 2+ e o sedimento eritrócitos dimórficos. A função renal era normal. A ecografia detetou massa no rim esquerdo, confirmada por tomografia computorizada, sugestiva de nefroblastoma. Foi transferido para o IPO.

Comentários / Conclusões
A hematúria macroscópica implica uma abordagem diagnóstica atenta e individualizada. A ausência de infeção urinária, que deve ser sempre excluída, implica um esclarecimento etiológico exaustivo, que passará sempre pela imagiologia do aparelho urinário, para diagnóstico ou exclusão de patologia grave.

Palavras-chave: hematúria, eritrócitos dismórficos, glomerulonefrite pós-infeciosa, nefroblastoma

PD-235 – (23SPP-12847) – HEMATÚRIA – ESTUDO RETROSPETIVO DE 6 ANOS DA CONSULTA DE PATOLOGIA NEFRO-UROLÓGICA DE UM HOSPITAL GRUPO I

Catarina Pinto Da Costa[1]; Constança Magalhães[1]; Bárbara Querido Oliveira[1]; Maria Inês Neto[1]; Catarina Martins Serra[1]; Catarina Lacerda[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução e Objectivos

A hematúria é um achado clínico e laboratorial frequente em idade pediátrica, podendo ter origem glomerular ou extraglomerular e por vezes estar associada a doenças sistémicas. O principal objetivo desta casuística foi analisar as características clínicas e epidemiológicas de doentes seguidos em consulta de patologia nefro-urológica pediátrica com hematúria em 6 anos num Hospital do Grupo I.

Metodologia

Estudo retrospetivo e descritivo com base na revisão dos processos clínicos dos doentes seguidos em consulta de patologia nefro-urológica pediátrica com hematúria desde janeiro de 2017 a dezembro de 2022.

Resultados

Identificados 137 (32,9%) casos de hematúria, 52,6% do sexo feminino. A mediana de idades foi 3 anos (1 mês – 17 anos). A maioria dos doentes foram referenciados do internamento (39,4%), consulta hospitalar (27,6%) e Serviço de Urgência (25,5%). Identificados 122 (89%) casos de hematúria extraglomerular e 15 de hematúria glomerular. Relativamente à apresentação clínica, dividiram-se em hematúria microscópica (73,7%) e macroscópica (26,3%). Em 51 doentes foram detetadas alterações ecográficas, das quais se destaca a litíase (em 33,3%) e dilatação das vias excretoras (em 31,4%). As principais causas de hematúria extraglomerular foram infeção do trato urinário (62,8%) e nefrolitíase (12,4%). A Púrpura de Henoch Schonlein (4,4%), o síndrome nefrótico (2,9%) e nefrítico (2,2%) foram as causas mais frequentes de hematúria glomerular. À data da revisão 44,5% já tinham alta, 36,5% mantinham seguimento e 19% abandonaram a consulta.

Conclusões

A hematúria é um motivo frequente de recurso a cuidados de saúde. Os resultados foram concordantes com a literatura, sendo a infeção do trato urinário a principal causa de hematúria, frequentemente benigna e transitória.

Palavras-chave: hematúria, casuística, consulta

PD-236 – (23SPP-12604) – MICROHEMATÚRIA – UMA CAUSA A NÃO ESQUECER

Mariana Rodrigues Neto[1]; Mariana Sá Pinto[1]; Marta Pinheiro[1]

1 – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução / Descrição do Caso

A prevalência da microhematúria numa amostra de urina é de aproximadamente 3-4%, com uma especificidade de cerca de 50%. Por si só, nem sempre se associa a condições graves, podendo tratar-se de um achado incidental. No entanto, a microhematúria persistente e recorrente deve ser avaliada de forma a determinar a causa subjacente, excluir potenciais complicações e assegurar uma correta abordagem e terapêutica.

Criança de 11 anos, sexo feminino. Recorre ao médico assistente por disúria, sem alterações ao exame objetivo. Faz análise sumária de urina com evidência de microhematúria, estudo analítico sem alterações. Repete análise sumária de urina 6 meses depois, sem sintomatologia urinária, mantendo hematúria microscópica. Realiza ecografia renovesical, sem alterações. Referenciada à consulta de Nefrologia Pediátrica. Manteve-se assintomática, com evidência de microhematúria 4 meses depois da última análise. Realizou ecodoppler renal com evidência de afilamento da veia renal esquerda condicionado por compressão pela artéria mesentérica superior, associado a redução do ângulo entre a ASM e a aorta, traduzindo uma síndrome de Nutcracker.

Comentários / Conclusões

Com este caso clínico pretende-se ressalvar que a microhematúria pode ser causada por várias patologias, sendo uma delas a Síndrome de Nutcracker, que resulta da estenose extrínseca da veia renal esquerda no seu trajeto entre a aorta abdominal e a porção proximal da artéria mesentérica superior. Esta pode apresentar-se como hematúria macro ou microscópica persistente, proteinúria ortostática ou dor lombar esquerda, no entanto na maioria dos casos é assintomática, o que faz com que se assuma como uma entidade sub-diagnosticada.

Palavras-chave: Microhematúria, Síndrome de Nutcracker

PD-237 – (23SPP-12913) – LESÃO RENAL AGUDA: UM DIAGNÓSTICO, VÁRIAS ETIOLOGIAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Raquel Marques Oliveira[1]; Joana Cachão[1]; Teresa Gouveia[1]

1 – Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução / Descrição do Caso

A lesão renal aguda (LRA) pode ter uma etiologia pré-renal, intrínseca ou obstrutiva, podendo ser uma das manifestações iniciais de uma doença multissistémica ou surgir de forma isolada. Apresenta-se o caso de um adolescente do sexo masculino, 17 anos, natural de Angola e residente em Portugal há 5 anos, futebolista, saudável, recorreu à Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) por náuseas, vómitos e diminuição do débito urinário, com 24 horas de evolução. À admissão, apurou-se que estava no sexto dia de antibioterapia com ciprofloxacina 500mg 12h-12h e a cumprir terapêutica anti-inflamatória com ibuprofeno 600mg 12h-12h, por panarício do dedo da mão. À observação apresentava mucosas pouco hidratadas, sem outras alterações. Analticamente, verificou-se CK total 955 U/L, ureia 99 mg/dL, creatinina 4.11 mg/dL (TFG 17 mL/min/1,73m^2), ionograma sem alterações e proteinúria de 250 mg/dL. Iniciou terapêutica conservadora da LRA, com melhoria. Teve alta em D8 de internamento referenciado ao Hospital de Dia para reavaliação, 5 dias após a alta. Na reavaliação analítica de controlo, verificou-se reagravamento da função renal. Nesta altura, o adolescente admitiu ter retomado exercício físico vigoroso, contrariamente às indicações que lhe foram prestadas à data de alta hospitalar.

Comentários / Conclusões

A LRA é uma entidade complexa e multifatorial. Várias etiologias podem contribuir concomitantemente para a deterioração da função renal e as manifestações clínicas podem ser pouco específicas, sendo fundamental uma anamnese detalhada para a sua suspeição diagnóstica. Para além do tratamento dirigido à etiologia é essencial otimizar a terapêutica conservadora.

Palavras-chave: Lesão renal aguda, Nefrotoxicidade

PD-238 – (23SPP-12821) – URINA VERMELHA – NEM TUDO É O QUE PARECE!

Sara Silva Rodrigues[1]; João Rebelo Lima[1]; Filipe Ginja[1]; Filipa Neiva[1]; Margarida Reis Morais[1]

1 – Hospital de Braga E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

No diagnóstico diferencial de uma urina vermelha ou castanha, uma das principais causas a considerar é a hematúria macroscópica, definida pela presença de eritrócitos na urina. A hematúria macroscópica pode ser a primeira manifestação de um vasto leque de patologias, com diferentes graus de gravidade.
Adolescente, 13 anos, sexo masculino, antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, observado no Serviço de Urgência por surgimento, algumas horas antes, de urina vermelha em todas as micções e fases da micção, sem registo de coágulos. Negada disúria, polaquiúria, oligoanúria, febre ou dor abdominal/flanco. Sem traumatismo abdominal/lombar, infeções respiratórias ou cutâneas recentes, exercício físico intenso ou consumo de fármacos/tóxicos. Referia o consumo de duas pitaias vermelhas inteiras entre o jantar da noite anterior e o almoço desse dia, prévio ao início da sintomatologia. Sem alterações relevantes ao exame objetivo. Tira teste urinária, urina tipo II e sedimento urinário sem alterações.

Comentários / Conclusões

Nem sempre urina vermelha é sinónimo de hematúria. Estamos perante um caso de pseudohematúria, causada provavelmente pelo consumo em grande quantidade de pitaia vermelha. A pitaia é um fruto tropical que contém antocianina, um pigmento excretado pela urina, responsável pela alteração da sua cor, que atinge a concentração máxima 3-6h após ingestão. Este caso realça a importância de uma história clínica completa e pormenorizada, focando também possíveis causas de pseudohematúria. A confirmação da presença de sangue na urina é mandatória na abordagem diagnóstica inicial. Apesar de ainda pouco comum, o consumo de pitaia tem sido crescente na nossa população. Devemos por isso estar alerta para este facto como possível causa de pseudohematúria.

Palavras-chave: pseudohematúria, hematúria macroscópica, pitaia vermelha

PD-239 – (23SPP-12817) – SÍNDROME DE ALPORT – UMA NOVA VARIANTE PATOGÉNICA NO GENE COL4A5

Kaylene Freitas[1]; Fiona Caldeira[1]; Joana Oliveira[1]; Carolina Gouveia[1]; Maria João Borges[1]

1 – Hospital Central do Funchal

Introdução / Descrição do Caso

A Síndrome de Alport resulta de variantes patogénicas nos genes que codificam o colágenio IV. Cursa com disrupção das membranas basais e consequente nefropatia glomerular, doença oftalmológica e perda auditiva neurossensorial progressiva. Variantes patogénicas no gene COL4A5 estão associadas a transmissão ligada ao cromossoma X. Relatamos o caso de uma criança de 9 anos, filho de mãe com doença renal crónica, de etiologia desconhecida, em hemodiálise desde os 21 anos. A criança foi admitida no serviço de urgência na sequência de um acidente rodoviário. À admissão, apresentava dor na coluna dorsal e hematúria macroscópica. Radiografia sem lesões osteoarticulares agudas e ecografia sem hematomas ou líquido livre na cavidade peritoneal, nem sinais de lesão renal traumática. A urina tipo II revelou proteinúria no limite inferior da faixa nefrótica (300 mg/dL) e sedimento urinário com incontáveis eritrócitos (80% dismórficos). Urina de 24 horas com proteinúria de 750 mg/m^2/dia. Função renal, ionograma, C3 e C4 normal; ANA e anticorpos anti-dsDNA negativos. Referência a episódios de urina de tonalidade escura de forma intermitente previamente ao acidente. Pedido estudo molecular de genes associados a Síndrome de Alport tendo sido identificada a variante c.3544G>A, p(Gly1182Ser) do gene COL4A5, localizada no exão 39. Esta variante não está descrita nas bases de dados clínicas nem na base de dados populacional gnomAD.

Comentários / Conclusões

Este caso reforça a importância de investigação de casos de hematúria micro ou macroscópica assintomática persistente em idade precoce. No conjunto dos dados clínicos e analíticos a variante c.3544G>A do gene COL4A5 é, deste modo, classificada como patogénica e compatível com Síndrome de Alport.

Palavras-chave: Síndrome de Alport, Hematúria glomerular, Nefropatia genética

PD-240 – (23SPP-13070) – SÍNDROME NEFRÓTICA EM IDADE PEDIÁTRICA

Kaylene Freitas[1]; Fiona Caldeira[1]; Carolina Gouveia[1]; Maria João Borges[1]

1 – Hospital Central do Funchal

Introdução e Objectivos

A síndrome nefrótica (SN) caracteriza-se por proteinúria (> 40 mg/m^2/h), hipoalbuminemia e/ou edema, e é a glomerulopatia primária mais frequente na criança. Este estudo teve como objetivo a caraterização dos doentes com SN seguidos na consulta de Nefrologia Pediátrica num Hospital nível II.

Metodologia

Estudo retrospetivo através da análise dos processos clínicos dos doentes com SN, de Janeiro de 1999 a Dezembro de 2022, com recolha de dados demográficos, clínicos, terapêuticos e evolutivos.

Resultados

Foram incluídos 33 doentes, com idade média no episódio inaugural de 2 anos e 10 meses, sem predomínio de sexo. 30 doentes (91%) responderam à terapêutica inicial com corticóides e 25 doentes (83%) tiveram recidiva da doença em algum momento do seguimento. O tempo médio de evolução até à primeira recidiva foi de 10 meses e o número mediano de recidivas por doente foi 4. Outra terapêutica imunossupressora foi instituída em 16 doentes (48%): 5 doentes com ciclofosfamida (CF); 1 com micofenolato de mofetil (MMF); 1 com inibidor da calcineurina (IC); 6 com CF e MMF; e 3 com IC e MMF. A biópsia renal foi efetuada em 7 doentes, dos quais: 5 revelaram nefropatia de IgM, 1 Doença de Lesões mínimas e 1 Glomeruloesclerose segmentar e focal. A mediana de seguimento foi de 11 anos e 2 meses.

Conclusões

No estudo apresentado não se verificou predomínio do sexo masculino ao contrário de outros estudos. A idade média de apresentação foi sobreponível ao descrito na literatura, assim como a resposta favorável à terapêutica instituída no episódio inaugural. As recidivas múltiplas obrigam a equacionar outras terapêuticas imunossupressoras no sentido de reduzir a morbilidade relacionada com a corticoterapia.

Palavras-chave: Síndrome Nefrótica, Proteinúria nefrótica, Terapêutica imunossupressora

PD-241 – (23SPP-13093) – GLOMERULONEFRITE AGUDA ASSOCIADA A PNEUMONIA.

João Simões[1]; Madalena Torrado Malato[2]; Sofia Pires[2]; Gustavo Queirós[2]; Florbela Cunha[2]

1 – Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução / Descrição do Caso

A glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica é a causa mais comum de nefrite em crianças. No entanto, têm sido reportados casos de glomerulonefrite aguda associada a pneumonia (GNA-P), mais frequentemente por *Streptococcus pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae*. **Caso**: Rapaz de 3 anos, saudável, sem intercorrências infecciosas/medicações recentes, internado por febre desde há 6 dias, anorexia, rinorreia e tosse. À observação eupneico, normotenso, edema palpebral e abdómen (>4 kg), fervores no hemitórax direito, orofaringe sem alterações. Radiografia de tórax: **hipotransparência lobar superior direita**. Laboratorialmente leucocitose (23200/uL), neutrofilia (17820/uL), PCR 30,12 mg/dL, **lesão renal aguda**(creatinina/ureia 2,22/147 mg/dL, TFG 18 mL/min/1.73m2), **sedimento urinário ativo** (eritrocitúria, leucocitúria), proteinúria (20 mg/m2/h) e **hipoalbuminémia** (1,7 g/dL). Ecografia renovesical normal. Medicado com cefuroxima. Melhoria com diurese mantida, redução de edema (<3 kg), apirexia desde D2, hipertensão grau 1 em D6 tratada com furosemida. Analiticamente resolução da lesão renal, hipoalbuminémia e proteinúria. Estudo etiológico: C3 baixo (39,5 mg/dL); CH50 baixo (28 U/ml), C4 normal, TASO 629,29 UI/mL, painel vírus respiratórios: Adenovírus positivo; antigénio *Streptococcus* grupo A, antigenúria *Streptococcus pneumoniae*, serologias *Mycoplasma pneumoniae* e hemocultura negativas. Alta em D8 assintomático, normotenso com microhematúria (manteve 3 semanas após alta, normalizando C3).

Comentários / Conclusões

Apesar de rara, a GNA-P deve ser considerada em crianças com manifestações concomitantes de pneumonia e renais. A diminuição de C3 está descrita, corroborando a etiopatogenia imune com consumo de complemento. O prognóstico pulmonar e renal é favorável.

Palavras-chave: glomerulonefrite, pneumonia, síndrome nefrítico

PD-242 – (23SPP-12673) – GLOMERULONEFRITE PÓS-ESTREPTOCÓCICA: UMA COMPLICAÇÃO A NÃO ESQUECER

Bárbara Abreu Barros[1]; Mafalda Moreira[1]; Lucília Vieira[1]; Joana Soares[1]; Sandra Teixeira[1]; Joana Margarida Soares[1]; Tiago Branco[1]; Edite Tomás[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

A glomerulonefrite aguda pós-infeciosa é a principal causa de síndrome nefrítico agudo em idade pediátrica. É uma lesão glomerular inflamatória pós-infeciosa, sendo o agente mais frequente o estreptococo do grupo A (SGA), surgindo 1 a 2 semanas após infeção das vias aéreas superiores e 3 a 6 semanas após infeção cutânea. Clinicamente manifesta-se com hematúria macroscópica, oligúria, lesão renal aguda, edemas e hipertensão arterial.
Criança de 6 anos, sexo masculino, antecedentes de sibilância recorrente, observada na Urgência por febre, odinofagia, tosse e rinorreia com 2 dias de evolução; edema peri-orbitário matinal com 1 semana de evolução; hematúria e oligúria desde o dia anterior. Queixas de odinofagia há 3 semanas, tratada com anti-inflamatório. Ao exame objetivo, pressão arterial (PA)>P99 para idade, sexo e altura e edema peri-orbitário. Analiticamente salienta-se lesão renal aguda, consumo de C3, aumento da PCR, titulo de antiestreptolisina O positivo, leucocitúria, eritrocitúria e proteinúria não nefrótica. Foi internado para vigilância e medicado com amoxicilina. Do estudo etiológico efetuado, ANA negativo, serologias EBV, CMV, VIH, VHB e VHC normais. À data de alta, assintomático, com perfil tensional normal, diurese preservada, sem edemas, normalização da função renal, apenas com hematúria microscópica; orientado para consulta de patologia renal.

Comentários / Conclusões

Em idade pediátrica, esta patologia tem evolução geralmente benigna com recuperação completa da função renal, sem necessidade de terapêutica específica, exceto se apresentação rapidamente progressiva. O tratamento é de suporte, adaptado à etiologia. Dado o aumento de incidência de infeção por SGA no pós-pandemia SARS-CoV-2, é importante estar alerta para esta complicação.

Palavras-chave: glomerulonefrite, estreptococo do grupo A

PD-243 – (23SPP-12825) – GLOMERULONEFRITE AGUDA PÓS-INFECIOSA NÃO ESTREPTOCÓCICA

Carolina Santos Ferreira[1]; Beatriz Alves Costa[1]; Carolina Cordinhã[2]; Carmen Carmo[2]; Clara Gomes[2]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Unidade de Nefrologia Pediátrica, Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

As infeções respiratórias ou cutâneas por *Streptococcus* Beta-Hemolítico do grupo A (SGA) são a causa mais frequente de glomerulonefrite aguda pós-infeciosa em pediatria. Raramente, pode associar-se a infeções respiratórias por outros agentes.

Caso 1: Menina, 3 anos, antecedentes pessoais ou familiares irrelevantes. Inicia febre, hematúria macroscópica, edema palpebral e hipertensão arterial. Analiticamente, lesão renal aguda com hipercaliémia, C3 diminuído e C4 normal, com anticorpos antiestreptolisina O (ASLO) e anti-DNase B elevados. A análise de urina demonstrou proteinúria nefrótica. A radiografia torácica mostrou hipotransparência paracardíaca direita. Iniciou ampicilina, furosemido e amlodipina, com melhoria clínica e analítica. Um mês depois foi possível suspender anti-hipertensores. Por persistência de proteinúria iniciou ramipril, que mantém.

Caso 2: Menino, 4 anos, antecedentes pessoais ou familiares irrelevantes. Inicia hematúria macroscópica e edema palpebral 5 dias após otite média, sob amoxicilina. Função renal normal, proteinúria significativa não nefrótica, C3 diminuído e C4 normal, ASLO e anti-DNase B elevados. Após 48 horas do término do antibiótico e do último pico febril, reiniciou febre e tosse. Diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda com crepitações, pelo que cumpriu 8 dias adicionais de amoxicilina. Um mês e meio depois clinicamente bem, proteinúria negativa, com persistência de hematúria microscópica.

Comentários / Conclusões

Ao contrário da glomerulonefrite pós-infeciosa secundária ao SGA, a glomerulonefrite associada a pneumonia ou otite média não cursa com um período de latência sem infeção, pelo que devem ser diagnósticos evocados na abordagem de glomerulonefrites agudas febris em idade pediátrica.

Palavras-chave: Glomerulonefrite pós-infeciosa, Pneumonia, Otite média

PD-244 – (23SPP-12665) – UM PROBLEMA DE QUISTOS – HIPERTENSÃO ARTERIAL DE CAUSA RENAL NÃO VASCULAR

Mariana Lopes Costa[1,2]; Ana Moura Figueiredo[2,3]; Filipa Curinha[2,4]; Marta Machado[2]; Catarina Neves[2]; Carolina Cordinhã[2]; Carmen Carmo[2]; Alice Mirante[5]; Clara Gomes[2]

1 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria, EPE; 2 – Unidade de Nefrologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE; 4 – Unidade de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 5 – Unidade de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A Hipertensão Arterial (HTA) secundária pode surgir em crianças com patologia renal, nomeadamente malformativa, sem estar limitada a causas nefrovasculares.

Caso clínico: Rapaz de 6 anos com diagnóstico pré-natal de nefromegalia e hiper-reflectividade renal. Ao nascimento eram evidentes quistos renais e pancreáticos. Mãe com HTA e quistos renais e hepáticos com estudo dos genes PDK1/2 negativo.

Aos 4 meses apresentava hipertrofia do ventrículo esquerdo no ecocardiograma mas apenas aos 11 meses foi detetada HTA. No ecocardiograma apresentava *remodeling* ventricular concêntrico, hipertrofia do septo interventricular e disfunção diastólica. Realizado *ecodoppler* renal e rastreio de retinopatia (normais). O controlo da HTA foi conseguido com otimização de três fármacos (amlodipina, propranolol e captopril), mantendo função renal normal, sem proteinúria. Melhoria ecocardiográfica 1 mês após controlo da HTA e normalização em 8 meses. Evolução com aumento do tamanho e número de quistos renais e pancreáticos. Realizado estudo genético com painéis de genes associados a quistos renais (incluindo doença renal poliquística e síndromes neurocutâneos), normais, bem como a sequenciação do exoma que também não identificou alterações. No controlo ecográfico aos 5 anos e meio, foram detetados também quistos hepáticos, mantendo-se sem repercussão na função renal, pancreática (endócrina e exócrina) ou hepática.

Comentários / Conclusões

A vigilância tensional é crucial para o diagnóstico precoce e controlo da HTA, especialmente em grupos de risco, como as crianças com patologia renal congénita. Mesmo na ausência de diagnóstico etiológico, o controlo de fatores de risco de progressão de doença renal crónica e lesão de órgão-alvo assume um papel importante no prognóstico clínico.

Palavras-chave: Rim displásico multicístico, Hipertensão

PD-245 – (23SPP-12646) – APRESENTAÇÕES ATÍPICAS DE NEFROPATIA DE IGA – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Inês Barros Rua[1]; Marta Machado[1]; Carolina Cordinhã[1]; Carmen Do Carmo[1]; Clara Gomes[1]

1 – Unidade de Nefrologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Ambulatória, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A nefropatia de IgA (NIgA) ocorre classicamente na 2ª década de vida, no sexo masculino. Apresentamos 2 casos em crianças do sexo feminino com menos de 4 anos de idade.

Menina, 3 anos, seguida em C.Nefrologia há 1 ano por proteinúria nefrótica (60mg/m^2/h) e microhematúria (10 GV/campo), sem HTA ou edema, diagnosticadas em contexto de dor abdominal e febre. Do estudo realizado: função renal, imunoglobulinas (Ig) e complementos normais, auto-imunidade negativa. Biópsia renal com proliferação endocapilar e mesangial, com depósitos de IgA. Terapêutica com prednisolona (PDN) (6 meses), com resolução da proteinúria e microhematúria.

Menina, 6 anos, observada em C.Nefrologia aos 3 anos por macrohematúria com 1 mês de evolução, sem HTA ou edemas. Analiticamente: proteinúria nefrótica (96 mg/m^2/h), hematúria (75GV/campo), lesão renal aguda não oligúrica, anemia e IgG e C4 ligeiramente diminuídos; auto-imunidade negativa. Biópsia renal com proliferação mesangial e endocapilar, esboço de 1-2 crescentes, com depósitos de IgA. Fez 3 pulsos de metilPDN seguidos de PDN 60mg/m^2/dia, sem resposta. Iniciou ciclofosfamida (12 semanas), com resposta parcial. Mantém proteinúria sob enalapril.

Comentários / Conclusões

A NIgA deve ser considerada no diagnóstico diferencial de hematoproteinúria na 1ª década e em ambos os sexos. O tratamento inicial consiste no controlo da TA e da proteinúria, sendo a imunossupressão reservada para casos que não respondam ao tratamento de suporte.

Palavras-chave: nefropatia de IgA, hematúria, proteinúria, nefrologia, pediatria

PD-246 – (23SPP-12556) – QUANDO O X NÃO É BENIGNO

Ana Moura Figueiredo[1,2]; Filipa Curinha[1,3]; Mariana Lopes Costa[1,4]; Marta Machado[1]; Catarina Neves[1]; Carolina Cordinhã[1]; Carmen Do Carmo[1]; Clara Gomes[1]

1 – Unidade de Nefrologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.; 3 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.; 4 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

A hematúria macroscópica (HM) pode ter origem glomerular ou extraglomerular, geralmente é sintomática e requer investigação. As causas podem ser primárias ou secundárias (sistémicas e infecciosas) e habitualmente a história clínica, exame objetivo e investigação simples permitem o diagnóstico.

Menina, 9 meses, antecedentes pessoais irrelevantes, referenciada a consulta de Nefrologia por episódios recorrentes de HM, sempre em contexto febril. Num desses episódios diagnosticada pielonefrite aguda. História familiar de pai com Síndrome de Alport (SA), transplantado renal, e tias paternas com hematúria microscópica. Em consulta manteve HM glomerular persistente, sem contexto infeccioso. Avaliação analítica seriada com repercussão na hemoglobina, sempre com função renal normal, sem proteinúria e estudo de autoimunidade negativo. Ecografia renovesical com Doppler normal. Aos 16 meses, por persistência da HM e anemia com necessidade de suplementação com ferro oral, iniciou enalapril. Atualmente com 3 anos, sob enalapril, com HM apenas em contexto de doença aguda, sem anemia, mantém função renal normal e proteinúria negativa. Avaliação por Oftalmologia e Otorrinolaringologia sem alterações. Estudo genético identificou variante patogénica em heterozigotia no gene COL4A5.

Comentários / Conclusões

A hereditariedade ligada ao X da SA faz com que as mulheres habitualmente tenham manifestações tardias e menos graves. Na presença de HM no primeiro ano de vida, mesmo em contexto infecioso, torna-se crucial a investigação e reavaliação. Um diagnóstico precoce e instituição de IECA atempadamente e de acordo com as recomendações atuais, atrasa a progressão para doença renal grave com impacto no prognóstico.

Palavras-chave: Hematúria macroscópica, Síndrome de Alport, Lactente

PD-247 – (23SPP-13068) – PETÉQUIAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: A PISTA PARA UM DIAGNÓSTICO INFREQUENTE

João Rebelo Lima[1]; Rita Lages Pereira[1]; Sara Silva Rodrigues[1]; Liane Correia Costa[2]; Teresa Costa[2]; Maria Sameiro Faria[2]; Conceição Mota[2]; Maria Ventura Nogueira[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga E.P.E.; 2 – Unidade de Nefrologia Pediátrica, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário Santo António

Introdução / Descrição do Caso

A presença de petéquias ao exame objetivo (EO) é motivo de grande ansiedade pela sua possível associação a patologias potencialmente fatais, pelo que uma exímia anamnese e EO são fundamentais para o diagnóstico diferencial.

Reportamos o caso de um rapaz de 5 anos de idade, com diagnóstico, na semana anterior, de gastroenterite aguda, trazido ao Serviço de Urgência por petéquias, edema periorbitário, recusa alimentar e vómitos. Ao EO, com bom estado geral, exantema petequial generalizado com hematomas dispersos, palidez mucocutânea e edema periorbitário. Analiticamente constatou-se anemia (10.5g/dL) hemolítica microangiopática (com esquizócitos no esfregaço sanguíneo), trombocitopenia (35000/uL), elevação da ureia (92mg/dL) e creatinina (1.0mg/dL), assim como hematúria microscópica (200/uL) e proteinúria (300mg/dL). Proteína C reativa negativa e estudo da coagulação e ionograma normais. Face à suspeita de síndrome hemolítico urêmico (SHU), foi transferido para um centro terciário com apoio de Nefrologia Pediátrica. PCR para E. Coli produtora de shigatoxina (STEC), nas fezes, positiva; ADAMTS13 normal. Durante os 5 dias de internamento esteve sob terapêutica conservadora, tendo mantido estabilidade hemodinâmica e melhoria progressiva da função renal e dos parâmetros hematológicos.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de SHU mediado por STEC deve ser considerado num doente que se apresente com petéquias, associadas a anemia microangiopática, trombocitopenia e disfunção renal, sobretudo se existir história de gastroenterite aguda recente. Dada a importante taxa de morbi-mortalidade, a sua rápida identificação e início precoce de terapêutica é essencial para um bom prognóstico.

Palavras-chave: Petéquias, Lesão renal aguda, Síndrome hemolítico urêmico

PD-248 – (23SPP-12651) – UMA FORMA RARA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM IDADE PEDIÁTRICA

Sofia Branco[1]; Beatriz Vieira[1]; Inês Mazeda[1]; Inês Vivas[1]; Sofia Teixeira[2]; Gracinda Nogueira Oliveira[1]

1 – Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde; 2 – Serviço de Imunohemoterapia – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Introdução / Descrição do Caso

O tromboembolismo venoso é raro em pediatria, com incidência de 0.07-0.14/10000 crianças. A etiologia é secundária em 95% dos casos, sendo importante a sua investigação.

Adolescente de 14 anos do sexo feminino, previamente saudável, observada na Urgência por dor, edema, alteração da coloração, temperatura e sensibilidade do membro superior direito (MSD) há <12 horas. Sem sinais/sintomas constitucionais. História prévia de movimentos repetitivos do MSD durante prática de voleibol e dança, sem traumatismo. Sem cirurgias ou imobilização prolongada. Negava consumo de drogas/medicação ou imunizações recentes. Ao exame objetivo apresentava MSD marmoreado e frio ao toque, edema duro e hipersensibilidade (figura 1) e restante exame sem particularidades. Analiticamente a destacar D-dímeros aumentados. A angiotomografia revelou defeito da permeabilidade da veia subclávia direita. O Eco-*Doppler* mostrou estigmas de trombose venosa profunda (TVP) da veia axilar/subclávia direita. Teve alta medicada com hipocoagulante durante 3 meses, com melhoria progressiva. No *follow-up*, realizou estudo protrombótico (mutação da protrombina/fator V de *Leiden*, antitrombina III, proteína C, S, resistência à proteína C ativada e anticorpos antifosfolipídicos) sem alterações e repetiu Eco-*Doppler* com evidência de resolução da TVP. Excluídos outros fatores de risco além do esforço físico, considerou-se o diagnóstico de síndrome de *Paget-Schroetter* (SPS).

Comentários / Conclusões

A SPS, também designada trombose da veia subclávia de esforço, representa uma forma rara de trombose primária da veia subclávia após movimentos repetitivos dos membros superiores. A apresentação deste caso clínico alerta para o reconhecimento desta entidade e exclusão de outros fatores de risco trombóticos.

Palavras-chave: Tromboembolismo venoso, Síndrome de Paget-Schroetter

PD-249 – (23SPP-12766) – DREPANOCITOSE – ANÁLISE DOS INTERNAMENTOS NUM SERVIÇO DE PEDIATRIA

Rita Vilar Queirós[1]; Carolina Jesus E Sá[1]; Maria Inês Neto[1]; Catarina Pinto Da Costa[1]; Joana Extreia[1]; Patrícia Pais[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução e Objectivos

A doença das células falciformes (DCF) é uma patologia hematológica crónica reconhecida como um problema de saúde pública, com manifestações variáveis e significativa morbilidade e mortalidade. Objetivo: caracterizar os internamentos de doentes com DCF num Hospital Grupo I.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo dos internamentos de doentes com DCF no Serviço de Pediatria de um Hospital Grupo I entre 2017 e 2022. Análise estatística com nível de significância a 5%.

Resultados

Ocorreram 42 internamentos de 15 doentes com DCF (1,5% do total de internamentos), 61,9% do sexo masculino, mediana de idade de 6,6±5,7 anos, 66,6% naturais dos PALOP.
Cerca de 1/4 dos doentes apresentaram ≥3 internamentos anuais, 1 dos quais com 13 admissões durante o tempo de estudo.
A crise vaso-oclusiva (CVO) foi o principal motivo de internamento (66,6%), seguida de infeção (11,9%) e síndrome torácico agudo (4,8%). A mediana de dias de internamento foi de 5±3,8 dias.
Todos os doentes realizaram fluidoterapia, 83,3% analgesia, 73,8% antibioterapia e 11,9% receberam transfusão de hemoderivados.
A idade na admissão relacionou-se de forma estatisticamente significativa com o motivo de internamento (p=0,04). Na faixa etária <5 anos predominou a febre e infeção (p=0,01), ≥5 anos a CVO (p=0,006).
A hemoglobina de base e o motivo de internamento não pareceram relacionar-se com a duração do internamento. No entanto, os doentes com idade ≥5 anos tiveram internamentos mais longos (p=0,033).

Conclusões

A recorrência de internamentos em doentes com DCF reflete a gravidade da doença. A implementação de estratégias preventivas e articulação multidisciplinar são fundamentais para otimizar cuidados e minimizar complicações, de forma a melhorar a qualidade de vida destas crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Anemia Falciforme, Hospitalização, Morbilidade

PD-250 – (23SPP-12608) – MANIFESTAÇÕES HEMATOLÓGICAS DA MACROTROMBOCITOPENIA CONGÉNITA RELACIONADA AO MYH9: NEM SEMPRE É PTI (2 CASOS CLÍNICOS)

Raquel Lopes[1]; Sandrine Mendes[2]; Ricardo Castro[2]; Fernando Miguel[1]; Fabíola Figueiredo[3]

1 – Serviço de Sangue (Hematologia Clínica/Imuno-Hemoterapia) do Centro Hospitalar de Leiria; 2 – Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de Leiria; 3 – Interna de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Leiria

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: A Macrotrombocitopenia congénita relacionada ao MYH9 (MCMYH9) é uma doença autossómica dominante causada por mutações no gene MYH9, caracterizando-se por macrotrombocitopenia, tendência hemorrágica e graus variáveis de perda auditiva, cataratas e nefropatia. Objetivos: Descrição de 2 casos, salientando as características clínico-laboratoriais em irmãos.
Métodos: Análise de dados clínico-laboratoriais.
Resultados: *Apresentam-se 2 irmãos: do sexo feminino (8 anos) e outro masculino (4 anos) cuja mãe tem MCMYH9; pai saudável. O diagnóstico foi considerado e confirmado a nível genético ao nascimento em ambas as crianças, tendo em atenção a história familiar. Foi excluído Síndrome de Bernard-Soulier, de Gray e, em particular, PTI.*
Na 1ª consulta: com trombocitopenia grave e volume plaquetário médio (VPM) aumentado (Figura 1): irmã (39000/mm³) com VPM: 15,7 fL e irmão (19000/mm³) com VPM: 15,9 fL [8,3 – 11,7 fL]; a distribuição plaquetária (PDW) era superior aos +2DP; contudo ambos sem manifestações hemorrágicas espontâneas. O esfregaço de sangue periférico confirmou trombocitopenia com anisocitose e macrocitose plaquetária, plaquetas gigantes e presença de corpos Dohle-like. Cataratas e surdez foram excluídas e a função renal está normal. Sem antecedentes cirúrgicos, mas com história de traumatismos por queda com equimoses fáceis e hematomas exuberantes; atestado escolar para evicção de quedas e desportos de contato.

Comentários / Conclusões

Conclusões: Salienta-se a necessidade de evocar a MCMYH9 perante uma trombocitopenia com VPM aumentado, sendo a anamnese familiar fundamental no diagnóstico precoce e para evitar diagnósticos errados com tratamentos não eficazes, prevenção de hemorragias e o rastreio atempado das alterações não hematológicas.

Palavras-chave: Macrotrombocitopenia congénita relacionada ao MYH9, Macrotrombocitopenia, Tendência hemorrágica, Crianças

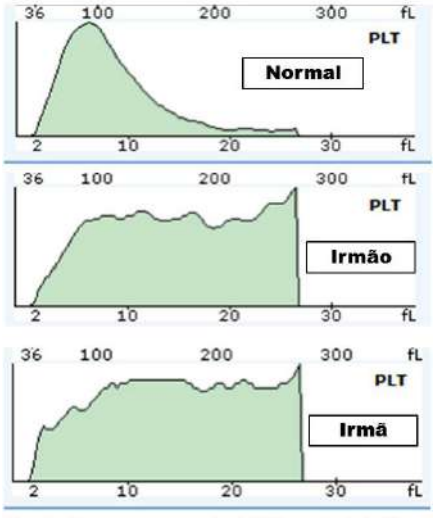


Figura 1 – Histograma representativo do VPM normal e dos irmãos.

PD-251 – (23SPP-13027) – NEUTROPENIA BENIGNA DA INFÂNCIA: O PARADIGMA DE QUE POUCOS SÃO BONS!

Mariana Pinto Dos Reis[1]; Pedro Teixeira Da Silva[1]; Isabel Morais Ribeiro[1]; Ana Lachado[2]; Isabel Couto Guerra[2]; Esmeralda Cleto[2]; Emília Costa[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Hematologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

A neutropenia autoimune da infância caracteriza-se pela destruição mediada por anticorpos dirigidos à membrana. Ocorre geralmente entre os 5-15 meses, com duração média de 20 meses. Caracteriza-se por neutropenia grave, habitualmente com valores basais de 150-250 neutrófilos/mm^3. O caso clínico pretende ilustrar a benignidade da entidade e o benefício em evitar exames invasivos.

Lactente de 6 meses, sexo feminino, saudável. Por contexto infecioso, realizou estudo analítico que demonstrou neutropenia grave isolada. Pela persistência da alteração, foi referenciada à consulta de Hematologia Pediátrica.

Da investigação realizada destaca-se: citopenia única e grave, com neutrófilos hiposegmentados; anticorpos anti neutrófilos positivos em 2 ocasiões; HbF normal e foi excluída infeção aguda, bem como outras alterações imunológicas.

Crescimento estato-ponderal e desenvolvimento psico-motor sempre normais. Manteve neutropenia grave durante 20 meses (mínimo de 110 neutrófilos/mm^3), sem infeções graves ou internamentos. Documentou-se normalização das contagens em contextos infeciosos. Assumiu-se neutropenia autoimune como diagnóstico mais provável, apresentando normalização sustentada das contagens desde os 3 anos.

Comentários / Conclusões

Nesta patologia, a gravidade da neutropenia e o carácter crónico contrastam com a sua benignidade.

O diagnóstico assenta essencialmente em características clínicas, sendo que os anticorpos antineutrófilos apresentam baixa sensibilidade e especificidade. Assim, o seguimento atento dos doentes, confirmando as características típicas, permite dispensar o recurso a exames diagnósticos invasivos.

Diferenciar esta neutropenia de outras etiologias é essencial para manter a qualidade de vida do doente.

Palavras-chave: Neutropenia autoimune da infância, neutrófilos hiposegmentados, anticorpos anti neutrófilos, neutropenia

PD-252 – (23SPP-12899) – MENORRAGIAS E ALTERAÇÕES NO HEMOGRAMA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mariana Martins[1]; Maria Inês Sousa[1]; Mariana Ribeiro[1]; Maria Fátima Ferreira[2]; Irene Carvalho[1]

1 – Serviço de Pediatria da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

As menorragias requerem investigação etiológica, sendo o hemograma crucial na ponderação do diagnóstico diferencial. Adolescente, 13 anos, recorreu ao serviço de urgência por menorragias desde há 19 dias; tonturas, náuseas, equimoses nos lábios e membros desde há 1 dia. Hemodinamicamente estável. Palidez cutânea. Nas análises: anemia hipocrómica e microcítica, de provável etiologia ferropénica (Hemoglobina [Hb] 5 g/dL, Volume Corpuscular médio [VCM] 64,4 fL, Hemoglobina Corpuscular Média [HCM] 18,7 pg, RDW 14,8%, ferritina <5 ng/mL, saturação de transferrina 2%); trombocitopenia <10 000/uL; leucócitos 12 580/uL; estudo da coagulação normal; restante estudo analítico e ecografia abdominal normais. Excluída patologia ginecológica. Iniciou pílula combinada contínua, com resolução das menorragias. Fez 2 transfusões de glóbulos rubros e ferro endovenoso, com boa resposta (Hb 14,7 g/dL, VCM 83,3 fL, HCM 27,9 pg). Administrada imunoglobulina intravenosa e metilprednisolona, sem resposta. Serologias víricas e estudo autoimune negativos. Imunofenotipagem de sangue periférico normal. Por bicitopenia e refratariedade terapêutica, fez mielograma que foi normal, tendo sido assumido o diagnóstico de púrpura trombocitopénica imune (PTI). Iniciou dexametasona, com resposta temporária (plaquetas 78 000/uL). Seguida em consulta de Hematologia, está sob o 3º pulso de dexametasona, sem resposta. Pondera-se associar rituximab.

Comentários / Conclusões

Neste caso, a anemia ferropénica e a PTI podem estar relacionadas (por a PTI predispor a hemorragias com risco de anemia) ou ser independentes, e no contexto da menorragia/anemia ter sido diagnosticada também a PTI. A refratariedade observada a terapêuticas de 1ª linha é um fenómeno frequente nas crianças acima dos 10 anos.

Palavras-chave: Menorragias, Púrpura Trombocitopénica Imune

PD-253 – (23SPP-12945) – TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PEDIATRIA – UM CASO CLÍNICO

Maria Pereira[1]; Ruth Lagies[1]; Gina Santos[1]; Marta Amado[1]; Camila Sozinho[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução / Descrição do Caso

Relatamos o caso duma adolescente de 17 anos do sexo feminino, que consulta no SU Pediátrico de Portimão por tosse seca e dor pleurítica. A doente tinha saído de isolamento por SARS CoV2 três dias antes do início dos sintomas. Embora tinha reiniciado exercício intenso após sair do isolamento (a doente era atleta federada de Basquetebol) negava história de traumatismo. Também negava febre ou expetoração. Mantinha-se eupneica, com saturação de O_2 por oximetria de pulso de 99% (ar ambiente), apirética e sem alterações na auscultação.
Por aumento importante dos D-Dímeros foi pedida ECO Doppler dos membros inferiores (negativa) e AngioTC de Tórax que evidenciou Tromboembolismo Pulmonar bilateral. Foi iniciada Heparina de Baixo Peso Molecular em dose anticoagulante e admitida para vigilância em Cuidados Intermédios. Após 24 horas, pela sua estabilidade hemodinâmica, foi transferida ao Internamento de Pediatria com alta no sexto dia.
Seguida em consulta, tem-se mantido assintomática.

Comentários / Conclusões

O Tromboembolismo Pulmonar é uma entidade pouco frequente em Pediatria com clínica que pode ser por vezes inespecífica.
Neste caso a doente tinha antecedente de infeção por SARS CoV2, de início de Contraceção Oral dois meses antes e um antecedente familiar (embora de segundo grau) sendo difícil avaliar a influência de cada um destes fatores na etiologia.
O Tromboembolismo Pulmonar de ser tido em conta como diagnóstico diferencial nos quadros de dor torácica.

Palavras-chave: Tromboembolismo Pulmonar, TEP, Adolescente, D-Dímeros, AngioTC

PD-254 – (23SPP-12972) – PÚRPURA DOS MEMBROS INFERIORES – DESAFIO DIAGNÓSTICO

Madalena Correia Pires[1]; Alexandra Andrade[2]; Gonçalo Vale[3]; Rita Valssassina[4]; Pedro Morais[6]; Joana Patena Forte[6]; Sara Batalha[5]; Raquel Maia[5]; Paula Kjollerstrom[5]; Ana Costa Castro[5]

1 – Área de Pediatria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 2 – Área de Pediatria, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal; 3 – Área de Pediatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro, Portugal; 4 – Unidade de Infecciologia, Área de Pediatria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 5 – Unidade de Hematologia Pediátrica, Área de Pediatria, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; 6 – Unidade de Cirurgia Plástica pediátrica, Serviço de Cirurgia pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

A Púrpura fulminante idiopática (PFI) é causada por deficiência adquirida da Proteína S mediada por autoanticorpos, secundária a infeções, mais frequente pelo VVZ. As lesões de púrpura podem evoluir para necrose extensa e necessidade de amputação.
Criança de 5 anos, masculino, saudável, em D7 de varicela, trazido ao SU por início súbito e aumento progressivo de lesão dolorosa na coxa esquerda, incapacidade para a marcha, sem febre. À admissão, a destacar uma lesão ovalada, eritematosa, na coxa esquerda, 12x5cm, dolorosa ao toque, quente, com áreas centrais de cor arroxeada. Analiticamente, diminuição do fibrinogénio (1,4 g/L) e da proteína S (PS) livre (4,7%), D-dímeros elevados (12701 ug/L), sem elevação dos parâmetros inflamatórios (PCr 14,3mg/L, PCT 0,18ng/mL). O restante estudo da coagulação e o eco-doppler venoso do membro inferior eram normais. Iniciou anticoagulação com enoxaparina, antibióticos (ceftriaxone e clindamicina) e transfusão de plasma fresco congelado (PFC). Durante internamento, com objetivo de normalização da PS, realizou 8 infusões de PFC, 3 doses Ig IV 1g/kg, 8 dias de corticoterapia e 12 dias de anticoagulação. Teve alta em D13, sem limitações da mobilidade e com doseamento da PS normal (95,4%). Mantinha lesão extensa na coxa, que evoluiu com áreas de necrose central, pelo que foi readmitido para enxerto cutâneo.

Comentários / Conclusões

Por consequência à raridade, a PFI é um desafio diagnóstico, com importante morbimortalidade. Para confirmação diagnóstica é essencial o doseamento da PS. A etiologia mediada por anticorpos justifica o papel da terapêutica imunomoduladora. Neste doente, a suspeita clínica precoce permitiu o início atempado de terapêutica e a evolução favorável do doente.

Palavras-chave: purpura fulminante idiopática, défice Proteína S, varicela

PD-255 – (23SPP-12634) – ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA DE APRESENTAÇÃO NEONATAL – UM QUADRO ATÍPICO

Lisa Pereira Soares[1]; Beatriz Bonança Pedreira[1]; Ana Paula Ornelas[1]; Graça Araújo[1]

1 – Hospital Central do Funchal

Introdução / Descrição do Caso

A esferocitose hereditária é uma causa frequente de anemia hemolítica hereditária, associando-se a anemia e icterícia no período neonatal.

Lactente de um mês, sexo masculino, com história de icterícia de início nas primeiras 24h de vida e necessidade de fototerapia, que recorre ao Serviço de Urgência por cansaço na mamada e palidez cutânea com uma semana de evolução. Apresentava-se hemodinamicamente estável, taquicárdico, pálido, sem icterícia ou discrasia hemorrágica. Analiticamente: Hemoglobina 4,3 g/dL, hipocromia, reticulócitos 170.000/µL, esfregaço de sangue periférico com anisocitose e frequentes macrócitos policromatófilos, bilirrubina total 4,29 mg/dL, LDH 481 U/L e PCR 13 mg/dL. Foi realizada transfusão de concentrado eritrocitário, e orientado para seguimento em Hematologia. Manteve anemia, sem resposta reticulocitária adequada, e com necessidade de múltiplas transfusões, apresentando esplenomegália de instalação progressiva. Atendendo à presença de anemia hemolítica de causa não esclarecida, foi pedido painel genético de anemias hemolíticas, que revelou uma variante patogénica (C.1853delG) do gene SPTB, associada a esferocitose hereditária. Por não apresentar resposta medular eficaz iniciou-se terapêutica com Eritropoietina (EPO) *off-label* aos 3 meses, com boa resposta, sem necessidade de suporte transfusional posterior. Suspendeu EPO aos 8 meses e manteve boa resposta medular, atualmente com 2 anos.

Comentários / Conclusões

Este caso ilustra a apresentação da esferocitose hereditária no período neonatal, com presença de anemia grave, sem esferócitos e sem resposta reticulocitária adequada. A abordagem terapêutica é desafiante, sendo que a terapêutica com EPO permite minimizar os efeitos adversos associados a múltiplas transfusões.

Palavras-chave: Esferocitose hereditária, Eritropoeitina, Anemia hemolítica, Anemia Neonatal

PD-256 – (23SPP-12743) – EIKENELLA CORRODENS – UM AGENTE ATÍPICO COMO CAUSA DE OSTEOMIELITE CRÓNICA EM DOENTE COM DREPANOCITOSE

Joana Branco[1]; Inês Pereira Soares[2]; Inês Azevedo Carvalho[2]; Florbela Cunha[2]; José Gonçalo Marques[3,4]; Carolina Amaro Gonçalves[4,5]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 3 – Unidade de Infeciologia e Imunodeficiências, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN; 4 – Clínica Universitária de Pediatria, FMUL; 5 – Serviço de Hematologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN

Introdução / Descrição do Caso

As infeções osteoarticulares (IO) são uma complicação comum em crianças com Drepanocitose. Enquanto as osteomielites agudas (OA) se associam a sinais inflamatórios, as crónicas (OC) podem associar-se apenas a trajetos de drenagem, sem sinais inflamatórios, sendo *Staphylococcus aureus* o microrganismo mais frequentemente isolado.

Rapaz, 10 anos, com Drepanocitose, natural da Guiné-Bissau, migrante em Portugal há 3 semanas, quando foi trazido à urgência por dor mandibular à direita desde há 3 semanas, com exsudado. Observava-se lesão com cerca de 1 cm na mandíbula à direita com exsudado purulento e sem outras alterações. Na avaliação analítica: Hemoglobina 8,1 g/dL, Leucócitos 11000/uL e PCR 0,68 mg/dL. Iniciou Amoxicilina + ácido clavulânico, Clindamicina e analgesia. A TC maxilofacial evidenciou aspetos sugestivos de OC no osso alveolar adjacente ao dente 46, com provável agudização e trato de drenagem, criando solução de continuidade na cortical óssea vestibular. No pus isolou-se *Eikenella corrodens* em anaerobiose, tendo-se escalado antibioticoterapia para Amoxicilina que cumpriu durante mais 6 semanas, num total de 8 semanas, com boa evolução clínica.

Comentários / Conclusões

Quando as IO não são tratadas adequadamente, podem evoluir para OC ou destruição óssea com limitação funcional. *Eikenella corrodens* é uma bactéria gram-negativa anaeróbia facultativa, presente na orofaringe e no trato respiratório e pode associar-se a IO em crianças suscetíveis. Este caso alerta para a importância de uma avaliação regular da Estomatologia, em doentes com Drepanocitose.

Palavras-chave: Drepanocitose; Osteomielite crónica; Eikenella corrodens

PD-257 – (23SPP-12617) – TROMBOCITOPENIA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DE INFEÇÃO POR CITOMEGALOVÍRUS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Joana Baptista De Lima[1]; Beatriz Cardoso[2]; Teresa Baptista[3]; Fábio Barroso[3]; Emília Costa[4]; Joaquim Cunha[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 4 – Unidade de Hematologia Pediátrica, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: A infeção por citomegalovírus (CMV) pode ser adquirida através do contacto íntimo com fluidos corporais. Nos lactentes saudáveis, a infeção é geralmente assintomática. A trombocitopenia de causa periférica ou central é uma das principais manifestações clínicas.

Caso: Lactente de 4 meses de idade é trazido ao serviço de urgência por exantema petequial disperso, obstrução nasal e rinorreia com 7 dias de evolução. Pico febril único no dia da admissão (T 38.5ºC). Realizou um primeiro estudo analítico na qual apresentava trombocitopenia (26000/uL), com agravamento para 13000/uL no dia seguinte. Sem outras citopenias. Prova de coombs direta negativa. Por suspeita de trombocitopenia imune, decidida realização de imunoglobulina ev 1g/Kg, tendo ficado posteriormente internado. Durante o internamento, exantema em regressão. Alta em D4 com plaquetas de 413000/uL. Posteriormente conhecida pesquisa de PCR CMV positiva no sangue (156 cópias/mL), com serologias IgM negativo e IgG positivo. Mãe com IgM negativo, IgG positivo no 1º trimestre. Repetido estudo analítico às 3 semanas, com serologias IgM e IgG positivas e PCR na urina positiva. A pesquisa do CMV no cartão de Guthrie foi negativa. Assim sendo, trata-se de uma trombocitopenia imune secundária à infeção adquirida a CMV.

Comentários / Conclusões

Apesar da idade, perante um lactente com trombocitopenia, a etiologia imune deve ser considerada, e a sua causa ativamente procurada. Neste caso, as serologias iniciais com IgM negativo e posterior positividade, associado a carga virica positiva, parece tratar-se de uma infeção recente. As serologias maternas, assim como, a pesquisa do CMV do cartão de Guthrie negativa, torna pouco provável tratar-se de um CMV congénito.

Palavras-chave: Trombocitopenia, Citomegalovirus, Imune

PD-258 – (23SPP-12922) – QUANDO O TRATAMENTO DO ACNE NÃO CORRE COMO SE ESPERAVA – POLIMORFISMOS GENÉTICOS E AFINS – CASO CLÍNICO

Inês Piscalho[1]; Sara Laranja[1]; Luísa Gaspar[2]; Alexandra Dias[1]; Carla Mendonça[1]; Elsa Rocha[1]; Maria João Virtuoso[1]

1 – Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Hospital de Faro, Portugal; 2 – Serviço de Medicina Intensiva, Neonatal e Pediátrica – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Hospital de Faro, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

A utilização de contraceção hormonal combinada em adolescentes é uma prática comum. No entanto, não podemos esquecer que tem riscos trombóticos associados.

Apresentamos o caso de uma adolescente de 14 anos com antecedentes pessoais de perturbações do humor e de comportamento alimentar, medicada com contraceção hormonal combinada para controlo de acne. Recorreu ao Serviço de Urgência por cefaleia, astenia, palidez cutânea, lipotimia e início recente de síncope. A cefaleia era descrita com pulsátil, de localização temporoparietal esquerda, condicionando despertar noturno. No exame objetivo a destacar palidez, exame neurológico sem alterações, com exceção da fundoscopia em que se constatou papiledema. Analiticamente a salientar uma anemia microcítica hipocrómica, com ferritina baixa. Realizou ressonância magnética crânio-encefálica, que revelou trombose do seio longitudinal superior, com extensão à veia cortical superficial pós-rolândica esquerda, com lesão vascular isquémica subaguda. Na sequência destes achados foi realizado um estudo da coagulação: elevação do fator VIII e duas variantes alélicas em heterozigotia, MTHFR1298A>C e PAI-1 5G/4G. Instituída terapêutica com ferro e anticoagulação com reversão do quadro clínico.

Comentários / Conclusões

A trombose dos seios venosos cerebrais é um tipo relativamente raro de acidente vascular cerebral. Pode ocorrer como consequência de diversos fatores que facilitam um estado protrombótico. Neste caso, a contraceção hormonal combinada com ferropenia, em alguém com suscetibilidade genética, conduziram a este desfecho. A apresentação pode ser variável sendo necessário elevado índice de suspeição para estabelecer o diagnóstico precocemente.

Palavras-chave: Trombose, Anemia, Contraceção, Polimorfismo

PD-259 – (23SPP-12937) – TROMBOSE VENOSA PROFUNDA IATROGÉNICA OU GENÉTICA? – CASO CLÍNICO

Inês Piscalho[1]; Sara Laranja[1]; Catarina Águas[2]; Luísa Gaspar[3]; Maria João Virtuoso[1]

1 – Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Hospital de Faro, Portugal; 2 – Serviço de Radiologia – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Hospital de Faro, Portugal; 3 – Serviço de Medicina Intensiva, Neonatal e Pediátrica – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Hospital de Faro, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

Os eventos trombóticos são raros na população pediátrica e a maioria são de origem venosa. A sua ocorrência obriga-nos a pensar em alterações da coagulação.

Apresentamos o caso de uma adolescente de 17 anos, com antecedentes familiares de trombose venosa profunda, com excesso de peso, medicada com contraceção hormonal combinada. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor e edema do membro inferior direito, com extensão à região inguinal e limitação da marcha. Realizou ecodoppler venoso de membro inferior direito que confirmou a presença de preenchimento trombótico das veias femoral comum, femoral e poplítea direitas. Perante a extensão do território vascular afetado, realizou angiografia por tomografia computorizada que demonstrou ainda diminuição do calibre da veia cava (VC) inferior infrarrenal e retro-hepática. O estudo da coagulação revelou 3 variantes alélicas em heterozigotia (Protrombina20210G>A, MTHFR677C>T e PAI-1 5G/4G). Aguarda doseamento da homocisteína. Instituído tratamento com Enoxaparina durante 15 dias, tendo alta medicada com Rivaroxabano, que mantém.

Comentários / Conclusões

Nesta doente foram identificados diversos fatores de risco para o incidente e para a extensão do território afetado. Os portadores da variante Protombina20210G>4 têm risco aumentado de trombose venosa 2 a 4 vezes superior à dos não portadores. Adicionalmente, sabe-se que os níveis de homocisteína estão aumentados em portadores da variante MTHFR677T, o que aumenta o risco trombótico. Perante os achados deste caso várias questões se colocam. A diminuição do lúmen da VC constitui uma variante anatómica ou o resultado de eventos trombóticos assintomáticos? A contraceção hormonal e o biótipo desta doente condicionaram este desfecho? Foi resultado da predisposição genética?

Palavras-chave: Trombose, Contraceção, Malformação, Genética

PD-260 – (23SPP-13012) – O EFEITO DA GLOBALIZAÇÃO NO PARADIGMA DAS HEMOGLOBINOPATIAS E SUA HERANÇA GENÉTICA – COMBINAÇÕES GENÉTICAS POTENCIADORAS

Catarina Guerreiro Ferreira[1]; Filipa Lima[1]; Adelina Sitari[1]; Luís Relvas[2]; Celeste Bento[2]; Alexandra Dias[1]; Anabela Ferrão[3]; Elsa Rocha[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro; 2 – Unidade de Eritropatologia e Metabolismo do Ferro, Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Unidade de Hematologia Pediátrica, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução / Descrição do Caso

A hemoglobina E (HbE) corresponde a uma das mutações mais comuns em todo o mundo. Tanto o traço HbE como a homozigotia HbEE apresentam-se de forma ligeira ou mesmo assintomática. No entanto, a associação HbE-β-talassémia é fenotipicamente diversa, variando desde anemia ligeira, a anemia dependente de transfusão. É predominante no Sudeste Asiático, mas incomum em Portugal.

Apresentamos o caso de uma criança de 8 anos, sexo feminino, nascida no Bangladesh, de pais não consanguíneos, com diagnóstico de anemia microcítica hipocrómica desde os 3 anos, com necessidade de transfusões de concentrado eritrocitário mensalmente. O estudo genético evidenciou uma heterozigotia composta (Hb E/β-talassémia). Medicada com quelante de ferro.

Comentários / Conclusões

A associação HbE-β-talassémia resulta da herança de um alelo com a mutação da β-talassémia de um dos pais, e um alelo com a variante estrutural HbE do outro. Esta heterozigotia composta determina uma elevada heterogeneidade clínica, podendo expressar-se com diversos graus de anemia crónica, e um grau variável de complicações, devido a eritropoiese ineficaz e sobrecarga de ferro. As formas graves manifestam-se de forma semelhante à β-talassémia major, com implicações importantes na morbilidade, utilização de recursos de saúde e qualidade de vida. O aumento da migração a nível global veio alterar a distribuição geográfica das hemoglobinopatias. Por esse motivo, é fundamental os clínicos estarem alerta para a sua devida identificação, respetivo tratamento e aconselhamento familiar.

Palavras-chave: hemoglobina E, beta-talassémia

PD-261 – (23SPP-12650) – DOENÇA DO GLÓBULO VERMELHO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Beatriz Silva[1]; Ana Catarina Paulo[1]; Patrícia Cardoso[1]; Adriana Formiga[1]; Julieta Morais[1]

1 – Centro Hospitalar Do Médio Tejo E.P.E

Introdução / Descrição do Caso

A anemia é um dos diagnósticos mais frequentes em Pediatria. Para além da ferropenia, podem existir várias outras condições menos frequentes que levam ao desafio diagnóstico.

Menina de 2 anos, encaminhada pelos Cuidados de Saúde Primários ao Serviço de Urgência Pediátrica por palidez cutânea com 3 dias de evolução e sopro sistólico de novo, sem outros sintomas. Duas semanas antes teve uma gastroenterite aguda. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Ao exame objetivo (EO) destacava-se ótimo estado geral, palidez mucocutânea, auscultação cardíaca com sopro sistólico II/VI, sem irradiação. Realizou avaliação analítica: Hb 5,8 g/dl (VCM 88,2 fl; HCM 29,7 pg), reticulócitos 5,66*10^9/l e hematócrito 17,2%. Restante estudo sem alterações relevantes. Realizou transfusão de concentrado eritrocitário (13ml/kg) e, posteriormente, repetiu hemograma: Hb 9,5 g/dL. Manteve bom estado geral durante o internamento (4 dias). Foi reavaliada três semanas após a alta, verificou-se EO sem alterações e hemograma: Hb 11,0 g/dl, reticulócitos 42,48*10^9/l. Dada a normalização da hemoglobina e dos reticulócitos, assumiu-se como hipótese de diagnóstico mais provável a eritroblastopenia transitória da infância.

Comentários / Conclusões

A eritroblastopenia transitória da infância é uma aplasia eritrocitária temporária, caracterizada por anemia normocítica/normocrómica moderada a grave e reticulocitopenia, na ausência de hemólise, hemorragia ou outras causas de supressão medular. Ocorre em crianças saudáveis entre os 6 meses e os 6 anos. Em metade dos casos existe uma intercorrência viral nas semanas prévias. É uma anemia rara, autolimitada, e por ser transitória é muitas vezes subdiagnosticada. No entanto, por vezes, pode ser necessário o recurso à transfusão de sangue.

Palavras-chave: anemia, eritroblastopenia transitória da infância, reticulocitopenia, pediatria

PD-262 – (23SPP-13029) – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM ADOLESCENTE COM FORAMEN OVALE PATENTE PREVIAMENTE DESCONHECIDO

Sara Laranja[1]; Inês Piscalho[1]; Miguel Martins[1]; Noémia Silva[1]; Margarida Cabral[2]; Miguel Rodrigues[3]; Cristina Rios[4]; Maria João Virtuoso[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro, Pediatria; 2 – Hospital Garcia de Orta, Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; 3 – Hospital Garcia de Orta, Neurologia; 4 – Hospital Garcia de Orta, Neurorradiologia

Introdução /

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) trata-se de um défice neurológico focal agudo com duração superior a 24 horas. Pode classificar-se como isquémico ou hemorrágico. A etiologia é frequentemente multifatorial, incluindo arteriopatia, doença hematológica e patologia cardíaca.

Descrição do Caso

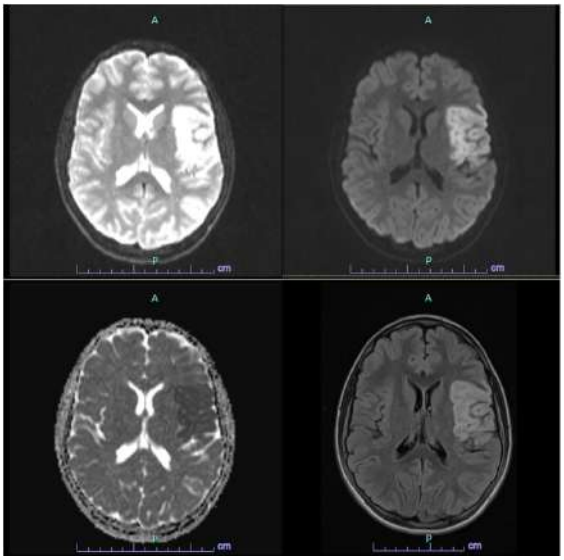
Adolescente de 14 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais cardíacos ou protrombóticos conhecidos, deu entrada num hospital distrital com quadro súbito de disartria, afasia, agrafia, parésia facial central e hemiparésia direitas, após manobra de Valsalva. Perante uma TC crânio-encefálica sem alterações, realizou RM encefálica 6 horas após o início dos sintomas, que evidenciou lesão isquémica cortical no território da artéria cerebral média esquerda, com oclusão do segmento M1. Encontrando-se fora da janela terapêutica para trombólise endovenosa, foi helitransportado para um hospital com neurorradiologia de intervenção e realizou trombectomia mecânica com repermeabilização. Iniciou ácido acetilsalicílico e atorvastatina. Verificou-se a presença de Foramen Ovale Patente no ecocardiograma, estando o restante estudo etiológico em curso. Seis dias após o início do quadro, apresentava recuperação clínica completa.

Comentários / Conclusões

Discussão

Apesar de pouco frequente em idade pediátrica, o AVC apresenta uma taxa de morbilidade significativa. Exige uma atuação rápida e um estudo etiológico detalhado. A neuroplasticidade presente nesta faixa etária permite, por vezes, a reversão total de situações graves perante diagnóstico e tratamento precoces. Este caso é um exemplo da importância da comunicação inter-hospitalar e trabalho de equipa no prognóstico destes doentes.

Palavras-chave: Foramen Ovale Patente, AVC



PD-263 – (23SPP-12613) – CEFALEIA E OBESIDADE – É PRECISO TER VISÃO

Marta Figueiredo[1]; Catarina Gaspar[1]; Rita Belo Morais[1]

1 – Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução / Descrição do Caso

A hipertensão intracraniana idiopática (HII) é rara em idade pediátrica, mas é uma potencial comorbilidade da criança com obesidade, particularmente no sexo feminino. Os sinais mais frequentes são a cefaleia, alterações visuais e acufenos. O diagnóstico pressupõe a exclusão de outra patologia do sistema nervoso central.
Adolescente de 17 anos, sexo feminino, sem medicação habitual, observada na Urgência por cefaleia holocraniana persistente diária, desde há 2 semanas, com despertar noturno, agravamento em decúbito, episódios de acufenos e obscuração visual transitória. Negava febre, vómitos, diplopia, vertigem ou outras queixas. À observação destacava-se IMC 32,4 kg/m2 e fundoscopia com papiledema bilateralmente. Análises, TC crânio-encefálica e VenoTC sem alterações. Punção lombar com pressão de abertura superior a 40 cmH_2O, exame citoquímico, bacteriológico e painel PCR multiplex de meningo-encefalites do LCR sem alterações. Admitiu-se o diagnóstico de HII e foi medicada com acetazolamida. Manteve-se clinicamente estável, tendo alta referenciada para consultas de neurologia, neuroftalmologia e obesidade. A RM crânio-encefálica com contraste não revelou alterações. O exame neuroftalmológico revelou papiledema exuberante e campimetria com defeito difuso de predomínio central. Após 1 mês de terapêutica e perda de 6 kg apresentava resolução da cefaleia e acufenos, melhoria do papiledema, mas mantendo ainda défice na campimetria.

Comentários / Conclusões

A obesidade pediátrica tem tido uma incidência crescente, pelo que urge o reconhecimento de comorbilidades mais raras mas graves como a HII. Apesar da terapêutica e perda ponderal, este caso mantém défice visual, reforçando a importância da sua prevenção bem como da abordagem rápida e multidisciplinar.

Palavras-chave: hipertensão intracraniana idiopática, Pseudotumor cerebri, cefaleia, papiledema, perda visual, obesidade

PD-264 – (23SPP-13020) – ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA – UMA ETIOLOGIA A NÃO ESQUECER

Margarida Dias[1,2]; Andreia Preda[2,3]; Cláudia P. Gonçalves[2,4]; Marta Santalha[2]; Catarina Magalhães[2]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães; 3 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 4 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

As malformações arteriovenosas (MAV) cerebrais são lesões vasculares pouco comuns em idade pediátrica. Caracterizam-se por um *shunt* arteriovenoso e podem manifestar-se como cefaleia, crise epiléptica, isquemia ou hemorragia cerebral.
Descrevemos uma adolescente de 10 anos, aparentemente saudável, observada por odinofagia, sonolência e desorientação. Referência a 2 episódios prévios de alteração do estado de consciência em contexto febril, nos últimos 3 anos. Ao exame objetivo destacava-se discurso pouco coerente, sem outras alterações ao exame neurológico e sem febre documentada. Realizou estudo analítico, pesquisa de drogas de abuso com doseamento de alcoolémia, TC-CE, punção lombar e EEG, que não revelaram alterações. Posteriormente efetuada RMN-CE que revelou a presença de numerosas estruturas hipointensas na região parietoccipital esquerda, traduzindo extensa MAV, alimentada por ramos periféricos das artérias cerebral posterior, cerebral média e cerebral anterior esquerdas. Foi referenciada para consulta de Neurocirurgia de um hospital nível III, onde mantém seguimento.

Comentários / Conclusões

As MAV cerebrais são raras em Pediatria e a sua abordagem diagnóstica pode ser um desafio. Podem levar a isquemia cerebral, produzindo fenómenos de roubo que se podem traduzir por alterações do estado da consciência, sobretudo em situações de stress fisiológico como febre. Este caso vem reforçar a necessidade de suspeição clínica desta entidade patológica, de modo a efetuar estudo complementar dirigido, nomeadamente com RMN que, juntamente com a angiografia, são cruciais para uma orientação adequada dos doentes, no sentido de melhor caracterização da MAV e planeamento da terapêutica, sendo a abordagem multidisciplinar fundamental.

Palavras-chave: Alteração do estado de consciência, Malformação arteriovenosa cerebral, Ressonância magnética nuclear crânio-encefálica

PD-265 – (23SPP-12757) – UM CASO CLÍNICO DE HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA NUMA CRIANÇA DE 8 ANOS

Leonor Figueira[1]; André Salvada[1]; João Valente[1]; Andreia Mota[1]; Catarina Luís[1]

1 – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

Criança do sexo feminino, 8 anos, obesa (Percentil 99 de IMC), que apresentava queixas visuais na infraversão do olhar com um ano de evolução e agravamento no último mês. Em consulta de Oftalmologia objetivou-se alteração campimétrica dos quadrantes inferiores e papiledema bilateral, tendo sido encaminhada ao Serviço de Urgência. Paralelamente, referia cefaleia biparietal, pulsátil, ligeira, sem ritmo circadiano, mensal, com resposta parcial à analgesia e sem outra sintomatologia associada. À observação apresentava parâmetros vitais adequados à idade e não se objetivaram outras alterações no exame objetivo. Para esclarecimento etiológico realizou avaliação analítica, tomografia computorizada crânio-encefálica e de órbitas, e angiorressonância magnética venosa dos vasos cerebrais que não apresentaram alterações. Realizou uma punção lombar, com pressão de saída do líquido cefalorraquidiano "água de rocha" de 240mmH2O, cujo exame citoquímico revelou 2 células nucleadas, proteinorráquia 20,16 mg/dL, glicorráquia 54mg/dL (glicémia 82mg/dL). Exame cultural negativo. Admitiu-se hipertensão intracraniana idiopática (HII), tendo-se iniciado terapêutica com acetazolamida, com benefício terapêutico.

Comentários / Conclusões

A HII é rara em crianças prepuberes e a relação entre esta, obesidade e sexo feminino é menos frequente que na população adulta/pós pubere. A cefaleia é o principal sintoma, podendo cursar de forma assintomática com diagnóstico em exame oftalmológico de rotina. Tendo em conta os riscos de alterações da visão, o diagnóstico atempado e o início precoce de tratamento são essenciais. Este caso destaca a dificuldade diagnóstica de HII em idade pediátrica e a sua importância para o início de terapêutica adequada e prevenção de sequelas visuais.

Palavras-chave: hipertensão intracraniana idiopática, criança, diagnóstico

PD-266 – (23SPP-13062) – "MÃE, A TUA CARA ESTÁ ESQUISITA OUTRA VEZ!"

Joana Almeida Monteiro[1]; Catarina Tavares[1]; Matilde Oliveira Pinto[2]; Inês Couto[4]; Rui André[3]; Jorge Rodrigues[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Santo António – CMIN; 3 – Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 4 – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução / Descrição do Caso

O Síndrome de Alice no País das Maravilhas é uma condição neurológica que afeta a perceção multissensorial, nomeadamente a do tamanho dos objetos ou de partes do corpo. O diagnóstico é clínico, após exclusão de causas orgânicas (epilepsia, infeção, exposição a tóxicos).

Rapaz de 9 anos, previamente saudável, trazido à urgência por alterações visuais paroxísticas compatíveis com macro e micropsias, e metamorfopsias – "como um zoom de câmara a ampliar e reduzir". Episódios com duração de poucos minutos, de aparecimento e resolução espontâneas, seguidos de cefaleia holocraniana intensa com duração aproximada de 1 hora, com mais de 1 ano de evolução e noção de agravamento nos últimos 3 dias. A exploração neurológica não evidenciou alterações relevantes. Discutido com Neurologia, que corroborou os achados clínicos, levantando-se a hipótese de alterações complexas da perceção visual em contexto de síndrome de Alice no País das Maravilhas, que pode ocorrer em auras migranosas. Para exclusão de outras causas, foram realizadas análises com serologias CMV e EBV e pesquisa de drogas de abuso, neuroimagem por TC, EEG e avaliação por Oftalmologia, que não evidenciaram alterações.

Comentários / Conclusões

O Síndrome de Alice no País das Maravilhas é uma entidade benigna rara, que pode associar-se a enxaqueca com aura, mais predominante na infância. A remissão dos sintomas pode ser completa e espontânea ou após tratamento da condição subjacente. No caso de enxaqueca com aura, deve ser tranquilizada a criança e família sobre a benignidade da situação e o seu curso natural, com possibilidade de reincidência durante crises, onde deve ser realizada analgesia adequada.

Palavras-chave: Enxaqueca, Aura, Alice no País das Maravilhas, Metamorfopsias

PD-267 – (23SPP-12581) – CEFALEIAS EM ADOLESCENTE – UMA CAUSA EM IDADE PEDIÁTRICA

Inês Mazeda[1]; Emília Do Santos[2]; João Rocha[2]; Márcia Tizziani[3]

1 – Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde; 2 – Unidade de Saúde Familiar Modivas ACeS Grande Porto IV – Póvoa de Varzim/Vila do Conde; 3 – Serviço de Neurocirurgia, Centro Materno Infantil do Norte

Introdução / Descrição do Caso

Associadas a uma considerável morbilidade, as cefaleias são uma perturbação muito prevalente na população pediátrica e motivo de recurso aos cuidados de saúde. A sua prevalência aumenta com a idade e traduzem geralmente condições benignas. Na avaliação deve ser dada particular atenção às características da dor, para um diagnóstico correto e rápido das causas secundárias.

Adolescente, sexo masculino, com 16 anos de idade, refere desde há 1 ano episódios de cefaleia, holocraneana, em aperto e intensidade moderada, com múltiplas observações no Centro de Saúde. Por agravamento clínico, com cefaleias de frequência quase diária e associação a manobras de Valsalva (tosse, defecação, agachamento), realiza Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TC-CE) que sugere Malformação de Chiari tipo 1. Posteriormente a Ressonância Magnética (RM) descreve: "posição baixa das amígdalas cerebelosas, assimétrica, com a direita atingindo os 9 mm, abaixo do plano do buraco magno", confirmando o diagnóstico.

Encaminhado para consulta de Neurocirurgia, tendo-se protelado a intervenção cirúrgica, atendendo à patência do fluxo de líquido cefalorraquidiano na RM e carácter ligeiro da sintomatologia.

Comentários / Conclusões

As malformações de Arnold-Chiari são anomalias anatómicas congénitas da junção craniocervical, com deslocamento inferior das estruturas cerebelares.

No caso do tipo I, cuja expressão clínica é mais frequente a partir da adolescência e relacionada sobretudo com o aumento da pressão intracraniana, a cefaleia é a manifestação mais comum. Na RM, as amígdalas cerebelosas estão herniadas em pelo menos 5 mm através do buraco magno. A abordagem cirúrgica está indicada com base da intensidade da sintomatologia apresentada e no impacto desta sob a qualidade de vida.

Palavras-chave: Cefaleias, Adolescente, Arnold-Chiari, Neurocirurgia

PD-268 – (23SPP-13025) – ATAXIA E DISARTRIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – UM CASO DE CEREBELITE PÓS-VARICELA

Diogo Ministro[1]; Mónica Costeira[1]; Tatiana Gonçalves[1]; Crisbety Pinho[1]; Joana Amaral[2]; Filipe Palavra[2,3]

1 – Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 2 – Centro de Desenvolvimento da Criança – Neuropediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Laboratório de Farmacologia e Terapêutica Experimental, Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A cerebelite aguda é um processo maioritariamente de etiologia pós-infeciosa, sendo o vírus da varicela zoster um dos principais agentes envolvidos. É mais comum em rapazes, entre os 2 e os 4 anos de idade. Considera-se um diagnóstico de exclusão, devendo equacionar-se intoxicações, lesões ocupantes de espaço, encefalite e encefalomielite aguda disseminada no diagnóstico diferencial.

Menino de 4 anos, que recorreu ao serviço de urgência por alterações na marcha desde o próprio dia, vómitos e dificuldades articulatórias desde a véspera. Apresentava história de varicela 8 dias antes. Negada ingestão de tóxicos, vacinação recente, traumatismo e episódios prévios semelhantes. À admissão, apresentava sinais de desidratação ligeira, disartria escandida e ataxia da marcha, com alargamento da base e decomposição da volta. O estudo analítico não revelou alterações. A punção lombar mostrou 50 células/mm^3, com predomínio mononuclear, proteínas de 81 mg/dL e glicorráquia normal. O estudo *multiplex* foi negativo, assim como as culturas (sangue e LCR). O estudo de imagem foi normal. Foi admitido no internamento e submetido a tratamento com metilprednisolona e aciclovir, com recuperação praticamente completa dos sintomas em 9 dias.

Comentários / Conclusões

A ataxia é uma das apresentações clínicas mais frequentes de cerebelite pós-infeciosa, tendo habitualmente um início súbito, tal como no caso descrito. Apura-se história de doença nos 5-21 dias prévios, tendo 25% dos casos antecedentes de varicela. O estudo do LCR é habitualmente normal ou revela pleiocitose e hiperproteinorráquia. Está associada a bom prognóstico, mas é crucial a exclusão de outras causas, de evolução menos favorável.

Palavras-chave: cerebelite, varicela, ataxia, disartria

PD-269 – (23SPP-12882) – SÍNDROME DE ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS: UMA CAUSA POSSÍVEL DE MACRÓPSIAS E ZOÓPSIAS

Cláudia Ribeiro De Moura[1]; Patrícia Sousa[1]; Cecília Gomes Pereira[1]; Miguel Salgado[1]; Catarina Magalhães[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução / Descrição do Caso

O Síndrome de Alice no País das Maravilhas (SAPM) é uma entidade rara, por vezes subdiagnosticada, caracterizada por alterações da perceção sobretudo visual. Entre os sintomas mais frequentes encontramos as distorções de tamanho como macrópsias e micrópsias. Apesar de menos frequente, na literatura está descrita apresentação da doença com zoópsias, entre outras. A etiologia é desconhecida, todavia, pode surgir em associação a enxaqueca, infeções virais (vírus Epstein-Barr, Varicela Zoster, etc), lesões cerebrais ou epilepsia.
Caso 1: 6 anos, sexo masculino, com episódios de perceção visual de pessoas de tamanho aumentado, com medo associado. Cerca de 4 episódios por semana, com duração de horas e resolução espontânea. Exame físico e neurológico sem alterações. Orientado para consulta de Neuropediatria, pedido eletroencefalograma (EEG) e Ressonância Magnética Cranioencefálica (CE), sem alterações. Resolução das queixas em 2 meses, sem recorrência.
Caso 2: 3 anos, sexo feminino, observada inicialmente por febre e exantema pruriginoso, alta com diagnóstico de varicela. Regressou ao serviço de urgência no dia seguinte por perceção visual de insetos dispersos pelo corpo, com medo associado. Episódios com duração de minutos, alguns em pico febril outros em apirexia, com resolução espontânea. Exame físico e neurológico sem alterações. Pesquisa de drogas de abuso na urina, tomografia computorizada CE, EEG e estudo do líquor cefalorraquidiano sem alterações. Resolução das queixas em 1 dia, sem recorrência.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico do SAPM constitui um verdadeiro desafio, apresentando uma vasta lista de diagnósticos diferenciais. Este deve ser centrado na colheita de história clínica, exame objetivo e meios complementares de diagnóstico dirigidos.

Palavras-chave: Síndrome de Alice no País das Maravilhas, Alteração da perceção visual, Macrópsias, Zoópsias

PD-270 – (23SPP-12869) – ATAXIA EM IDADE PEDIÁTRICA: DA CLÍNICA AO DIAGNÓSTICO

Cláudia P. Gonçalves[1,2]; Susana Correia De Oliveira[2]; Sara Nogueira Machado[2]; Liliana Macedo[2]; Catarina Magalhães[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães

Introdução / Descrição do Caso

A ataxia em idade pediátrica pode ter várias patologias subjacentes, desde entidades benignas a, mais raramente, patologias graves que requerem identificação e intervenção precoces.
Os autores apresentam dois casos clínicos.
Caso 1: criança de 18 meses, trazida ao Serviço de Urgência (SU) por desequilíbrio da marcha e instabilidade do tronco na posição sentada desde o próprio dia. É referida a possibilidade de ingestão acidental, por parte da criança, de comprimidos de clonazepam. Tosse com uma semana de evolução, apirética há dois dias. Última administração vacinal há 16 dias. Sem história de trauma. Pesquisa de tóxicos e fármacos na urina e etanol no sangue negativos, TC-CE e RMN-CE sem alterações, LCR sem alterações, painel respiratório com isolamento de adenovírus, rino/enterovirus e VSR.
Caso 2: criança de 3 anos trazida, ao SU por desequilíbrio da marcha e marcha de base alargada com início no próprio dia. Diagnóstico de varicela 7 dias antes. Sem febre, vómitos ou história de trauma. Pesquisa de tóxicos e fármacos na urina negativa, imagem cerebral (TC e RMN) sem alterações de relevo, LCR com ligeira pleocitose, painel de meningite/encefalite no LCR negativo.
Ambos os doentes tiveram resolução completa do quadro e foram diagnosticados com ataxia cerebelosa aguda pós-infeciosa.

Comentários / Conclusões

A ataxia cerebelosa aguda pós-infeciosa é a principal causa de ataxia na infância, com mecanismos fisiopatológicos mal esclarecidos. Na abordagem clínica, a anamnese e o exame neurológico permitem dirigir o estudo complementar, com especial atenção à exclusão de diagnósticos alternativos com abordagens terapêuticas específicas. Apesar de ser uma entidade maioritariamente benigna com resolução completa em semanas, podem surgir sequelas a longo prazo.

Palavras-chave: Ataxia da marcha, Ataxia Cerebelosa Aguda Pós-Infeciosa

PD-271 – (23SPP-12676) – ENCEFALOPATIA EPILÉTICA DE WEST – UM CASO ATÍPICO

Cláudia Miguel[1]; Carolina Barroso[1]; Joana Reis[1]; Otília Cunha[1]; Fátima Santos[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Unidade de Neuropediatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução / Descrição do Caso

O Síndrome de West (SW) carateriza-se por espasmos epiléticos, hipsarritmia e regressão do desenvolvimento psicomotor (DPM). Apesar de raro, associa-se a elevada taxa de morbimortalidade. Lactente de 4 meses, sexo feminino, previamente saudável, observada no SU por sonolência com 15 dias de evolução e episódios de desvio ocular, um dos quais associado a extensão do membro superior. Noção materna de regressão do DPM nos últimos 10 dias. Sem febre. Realizou TAC-CE, RMN-CE e estudo metabólico normais. LCR com pleocitose, tendo iniciado ceftriaxone e aciclovir ev por suspeita de meningoencefalite. Por manter crises tónico-clónicas e raras crises espasmo-like, iniciou levetiracetam e vigabatrina. Em D4, realizou EEG com padrão de estado de mal epilético sugestivo de SW. Apesar da terapêutica, manteve episódios de agitação psicomotora, associando-se metilprednisolona com discreta melhoria do estado de vigília. Tendo em conta cultural e virológico de LCR negativo, suspendeu ATB e aciclovir. Realizou painel NGS para encefalopatias epiléticas com variante em heterozigotia do gene HNC1. Manteve controlo eletroencefalográfico seriado sem melhoria do padrão de hipsarritmia e com necessidade de ajuste progressivo dos anti-epiléticos. Apresentou discreta melhoria clínica, tendo tido alta em D27, medicada com topiramato, vigabatrina e prednisolona. Após 5M de follow-up, mantém-se sem crises clínicas ou eletroencefalográficas. Apesar de ligeira melhoria clínica, apresenta grave atraso do DPM. Atualmente, sob terapêutica com vigabatrina e topiramato.

Comentários / Conclusões

Pretende-se demonstrar uma manifestação atípica da Síndrome de West com rápida degradação neurológica, raros espasmos epiléticos e objetivação de estado de mal de West eletroencefalográfico.

Palavras-chave: Encefalopatia epilética, Síndrome de West, Neurodesenvolvimento

PD-272 – (23SPP-12610) – PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA – NEM SEMPRE É IDIOPÁTICA!

Filipa Santos[1]; Madalena Sales Luís[1]

1 – Hospital São Francisco Xavier

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: A paralisia facial periférica (PFP) pode ser congénita ou adquirida. As causas secundárias mais frequentes são as de origem infeciosa, traumática ou neoplásica, no entanto, em 50% dos casos a etiologia é desconhecida.

Caso clínico: Criança de 3 anos, sexo feminino, previamente saudável com vacinas atualizadas de acordo com o Programa Nacional de Vacinação. Observada no Serviço de Urgência por assimetria facial de início súbito com história de febre e otalgia esquerda 7 dias antes. Ao exame objetivo apresentava incapacidade de encerramento do olho à esquerda e apagamento do sulco nasogeniano esquerdo com desvio da comissura labial para a direita; otoscopia com otite média aguda à esquerda, sem sinais inflamatórios retroauriculares. Analiticamente leucócitos 9500/uL, proteína C reativa 1,49 mg/dL. Realizou tomografia computarizada (TC) de crânio e ouvidos que mostrou preenchimento inflamatório total das cavidades otomastoideias à esquerda e espessamento inflamatório dos contornos internos do canal auditivo externo, envolvendo a membrana timpânica. Iniciou terapêutica com amoxicilina + ácido-clavulânico endovenosa, ofloxacina tópica e prednisolona oral. Em D2 foi submetida a miringotomia esquerda com colocação de tubo transtimpânico. A evolução clínica foi favorável, cumpriu 8 dias de terapêutica e manteve apoio de Medicina Física e Reabilitação com recuperação total após 8 semanas.

Comentários / Conclusões

Discussão: Numa era pós-antibiótica a PFP secundária a otite média aguda tornou-se pouco frequente. A realização de TC é recomendada para exclusão de otomastoidite e outras complicações. O diagnóstico atempado e instituição precoce de antibioticoterapia e corticoterapia permite um prognóstico favorável com recuperação completa.

Palavras-chave: paralisia facial periférica

PD-273 – (23SPP-12632) – ESTÁ NA CARA: ASSIMETRIA FACIAL EM IDADE PEDIÁTRICA, E AGORA?

Ana Mafalda Gonçalo[1]; Mariana Martins[1]; Jorge Antunes[2]; Ana Maria Maia[1]; Jacinta Fonseca[1]

1 – Serviço de pediatria da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – USF Covelo – ACeS Porto Oriental

Introdução / Descrição do Caso

Inúmeras etiologias, malformações e deformidades poderão estar associadas a assimetria facial. Todas essas condições implicam diferentes abordagens e prognósticos pelo que importa proceder à sua distinção.

Lactente, sexo masculino, 8 meses de idade, com antecedentes de hipospádias distal, referenciado à consulta por assimetria facial durante o choro. Ao exame objetivo apresentava desvio do lábio inferior para a direita aquando do choro, não percetível durante o repouso, sem atingimento do andar superior da face, sem salivação excessiva, sucção preservada e sulcos nasolabiais evidentes e simétricos. Sem outra anomalia ou malformação aparente para além de hipospádias. Com base na história clínica e exame objetivo foi assumido o diagnóstico de hipoplasia do músculo depressor do ângulo esquerdo da boca.

Comentários / Conclusões

A hipoplasia congénita do músculo depressor do ângulo da boca constitui uma causa congénita de assimetria facial, podendo confundir-se com paralisia do nervo facial de causa central ou periférica. Afeta predominantemente o lado esquerdo e ocorre em cerca de 0,2 a 0,6% das crianças, de forma isolada ou associada a outras síndromes e malformações. O diagnóstico assenta numa história clínica e exame objetivo completos, ponderando a realização de eletromiografia que confirma a natureza miogénica da lesão. Torna-se menos evidente com o passar dos anos e, em idades mais avançadas, poderá recorrer-se ao tratamento cirúrgico ou ao uso da toxina botulínica. A verdadeira importância desta entidade reside nas potenciais malformações associadas, pelo que o rastreio destas anomalias é essencial.

Palavras-chave: Assimetria facial, Hipoplasia congénita do músculo depressor do ângulo da boca

PD-274 – (23SPP-13069) – EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DO LACTENTE – DESCRIÇÃO DE CASO

Ana Cláudia Rocha[1]; Alexandra Vilas Fabião[1]; Sara Silva Rodriges[1]; Sofia Brandão De Miranda[1]

1 – Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

Lactente de 11 meses, antecedentes de sibilância recorrente, recorre ao serviço de urgência por erupções cutâneas localizadas nos membros superiores e inferiores, não pruriginosas e sem resposta a anti-histamínico, e edema transitório da mão direita há 2 dias. História de infeção das vias aéreas superiores ligeira há 1 semana, em apirexia há 5 dias. Ao exame objetivo, bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas, tensão arterial sistólica e diastólica no P50; lesões eritemato-papulosas, algumas acastanhadas, mantidas à digitopressão, de dimensões variáveis (entre 2 mm e 2 cm) dispersas pelos membros inferiores, região nadegueira e membros superiores, equimose no bordo externo e dorso do pé esquerdo; sem edema periférico. Perante as hipóteses de exantema pós-infecioso versus edema agudo hemorrágico do lactente (EAHL), foi realizado estudo analítico: PCR 31.70 mg/L; hemoleucograma, função renal, ionograma, glicemia, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, INR e urina tipo II sem alterações; pesquisa de vírus respiratórios negativa. Teve alta sob vigilância de sinais de alarme, orientado para a consulta externa de Pediatria Geral. No dia seguinte à alta, surgiram lesões violáceas no pavilhão auricular bilateralmente (figura1).

Comentários / Conclusões

As características e a distribuição das lesões, sobretudo ao pavilhão auricular, são sugestivas de EAHL, ainda que o diagnóstico diferencial possa revelar-se difícil no início das manifestações clínicas e na presença de febre. A sua natureza autolimitada e o estado geral conservado do doente, na ausência de febre, poderiam legitimar a alta sem realização de estudo analítico. Assim, o reconhecimento do EAHL é essencial para que se adaptem as atitudes diagnósticas e terapêuticas.

Palavras-chave: Edema agudo hemorrágico do lactente, Exantema, Vasculite, Lesões purpúricas, Lactente

PD-275 – (23SPP-13094) – SINAL DE BRUDZINSKI – MENINGITE E NÃO SÓ

Retirado a pedido do autor

PD-276 – (23SPP-13042) – HIPOTERMIA NUM CASO DE AFOGAMENTO

Sofia Seabra Vieira[1]; Ana Vitória Soares[2]; Helena Duarte[1]; Maria Inês Sousa[1]; Joana Tenente[1]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

Criança de 2 anos, sexo masculino, saudável, foi encontrada submersa num tanque em casa. O tempo de submersão é desconhecido, tendo estado desaparecida por cerca de 20 minutos. Foi encontrada em paragem cardiorrespiratória (PCR), que se manteve durante 40 minutos sob manobras de suporte básico e avançado de vida. À admissão na sala de emergência, encontrava-se arreativo, hipotónico, sem movimentos respiratórios e em assistolia até aos 6 minutos após admissão. Apresentou temperatura não objetivável até aos 35 minutos, quando se mediram 27.7ºC, após implementação de medidas de aquecimento.

Esteve internado na Unidade de Cuidados Intensivos durante 6 dias, com necessidade de ventilação invasiva durante 5 dias, tendo sido posteriormente transferido para o Serviço de Pediatria.

À data de transferência, encontrava-se choroso e irritável à estimulação, agitado, pouco consolável e com períodos de olhar vago, não verbalizava e apenas cumpria ordens simples. Durante o internamento, evoluiu favoravelmente ao longo de 13 dias: com aumento acentuado da interação social, melhoria da tolerância oral, verbalização de palavras e frases e recuperação da marcha.

Comentários / Conclusões

À semelhança de outros casos descritos na literatura, a evolução favorável deste doente, apesar do tempo em PCR, pode dever-se ao efeito protetor da hipotermia profunda. Para isto contribuem vários fatores inerentes a esta faixa etária: a maior facilidade de arrefecimento pelo maior rácio superfície-volume; a menor propensão para arritmias; a *diving* response que leva a apneias, bradicardia e vasoconstrição sustentadas com poupança do consumo energético; e o facto da taxa metabólica basal ser superior.

Palavras-chave: Afogamento, Hipotermia, Paragem cardiorrespiratória

PD-277 – (23SPP-12815) – INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO – RELATO DE UM CASO

Luciana Abelha[1]; Inês Eiras[1]; Sara Sousa Fernandes[1]; Mariana Santos Nobre[1]; Pedro Marinho[1]

1 – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Introdução / Descrição do Caso

A ingestão acidental de corpo estranho é comum no serviço de urgência pediátrica, sendo prevalente entre os 6 meses e os 3 anos. Em 10 a 20% dos casos é necessária intervenção cirúrgica.

Criança de 3 anos, sexo masculino, previamente saudável. Acompanhado pela mãe que referia ingestão de corpo estranho, cerca de 30 minutos antes, associada a dor torácica. Negadas outras queixas ou sintomas.

O objeto ingerido correspondia a um acessório de cabelo, de cerca de 3 cm de comprimento, tendo uma parte plástica e a outra metálica.

Ao exame objetivo apresentava bom estado geral sem dificuldade respiratória, e sem estridor. O exame físico completo não apresentava alterações.

Realizada radiografia do pescoço e tórax, que mostrou o objeto na região gástrica.

O doente foi transferido para hospital de referência, tendo sido realizada endoscopia digestiva alta, e remoção do corpo estranho.

A evolução apresenta foi favorável, sem intercorrências.

Comentários / Conclusões

A caracterização do objeto ingerido é de extrema importância, visto que algumas características (por exemplo: objetos magnéticos, pontiagudos e pilhas) estarem relacionadas com várias complicações. O corpo estranho, os sintomas apresentados e o local em que se encontra o objeto, conduzem a abordagem.

Palavras-chave: Ingestão de corpo estranho, Urgência

PD-278 – (23SPP-12999) – SINAL DE HOAGLAND – UMA MANIFESTAÇÃO PRECOCE DE MONONUCLEOSE INFECIOSA

Joana Azevedo Silva[1]; Diana Carvalho[1]; Raquel Santos[1]; Carolina Quintela[1]; Mafalda Cascais[1]; Andreia Dias[1]; Lígia Peralta[1]

1 – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução / Descrição do Caso

A mononucleose infeciosa (MNI) é comum em adolescentes, sendo habitualmente causada por primoinfeção pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Carateriza-se pela presença de astenia, febre, odinofagia e adenopatias, podendo coexistir manifestações menos típicas. O edema palpebral associado à MNI, designado sinal de Hoagland, encontra-se descrito em até 30% dos casos.

Adolescente de 16 anos avaliada por edema palpebral bilateral com 5 dias de evolução associado a astenia, cefaleias e febre. Ao exame objetivo apresentava edema palpebral superior bilateral (sem hiperemia conjuntival ou secreções oculares), hipertrofia e hiperemia amigdalinas e adenopatias cervicais bilaterais. Analiticamente apresentava 11380 leucócitos/uL com predomínio de linfócitos, 95000 plaquetas/uL, AST 62 U/L, ALT 90 U/L, reação de Paul Bunnel positiva, IgM VCA EBV reativo, IgG VCA EBV não reativo e anti-EBNA não reativo. Teve alta com o diagnóstico de MNI sob medidas sintomáticas. Resolução do edema palpebral cerca de 7 dias depois, mantendo odinofagia de agravamento progressivo, recusa alimentar e astenia, motivo pelo qual foi internada em D12, sob fluidoterapia e corticoterapia endovenosa, com boa evolução.

Comentários / Conclusões

O sinal de Hoagland, embora menos comummente descrito, constitui um sinal transitório e surge habitualmente de forma precoce no curso da MNI. O seu reconhecimento permite um elevado índice de suspeição numa fase inicial da doença.

Palavras-chave: Mononucleose infeciosa, Sinal de Hoagland, Edema palpebral, Doenças infeciosas, Vírus Epstein-Barr

PD-279 – (23SPP-12953) – TUMEFAÇÃO CRANIANA EM PEQUENO LACTENTE – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Diana Guedes[1]; Maria Adriana Rangel[1]
1 – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução / Descrição do Caso
Descreve-se o caso de um lactente de 7 semanas, sexo masculino, fruto de gestação de termo, parto cefálico não instrumentado, sem intercorrências no parto e período neonatal imediato, observado por aparecimento súbito de tumefação craniana. Encontrava-se no seu estado habitual, alimentando-se adequadamente, sem episódios de vómito e com padrão de sono mantido. Negada história de trauma. Ao exame objetivo, identificou-se tumefação parietal esquerda, com cerca de 5cm de maior eixo, de consistência mole e aparentemente indolor, sem alterações da coloração da pele e transluzente. Sem sinais inflamatórios locais ou outras lesões objetiváveis. Exame neurológico sem alterações, com fundo ocular normal. Pediu-se estudo analítico (EA) com coagulação, sem alterações. Fez ecografia de tecidos moles, que identificou coleção líquida de aspeto simples, equacionando a hipótese de hematoma subgaleal. O TC de crânio demonstrou tumefação dos tecidos moles epicranianos. Permaneceu em vigilância durante cerca de 24h, sem qualquer evolução da tumefação ou alteração do estado neurológico, bem como do EA. À reavaliação, após 3 semanas, com resolução praticamente completa da tumefação, excelente desenvolvimento psicomotor e estaturo-ponderal.

Comentários / Conclusões
A apresentação clínica, evolução e resolução da tumefação favorecem o diagnóstico de coleção líquida subaponevrótica. Pelo facto de se tratar de uma situação rara, pouco descrita na literatura, que surge habitualmente após partos instrumentados, o aparecimento súbito da tumefação obrigou à exclusão de causas traumáticas e situações como hemorragia subgaleal. O seu diagnóstico, embora de exclusão, é, no entanto, clínico e o tratamento é conservador, com resolução espontânea e completa em poucas semanas.

Palavras-chave: Hematoma subgaleal, Tumefação craniana, Lactente

PD-280 – (23SPP-12620) – PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖNLEIN EM IDADE INCOMUM

Daniel Zorato[1]; João Sousa Marques[2]; Sofia Fernandes[1]
1 – Hospital Privado de Alfena; 2 – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução / Descrição do Caso
A Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é uma vasculite imune IgA-mediada, com envolvimento sobretudo de pequenos vasos a nível articular, renal, cutâneo e gastrointestinal. Ocorre maioritariamente entre os 5 e 7 anos e é mais frequente nos rapazes (2:1). Adolescente, 17 anos, sexo feminino, saudável, com quadro de exantema de início súbito no tronco e membros, exceto a nível palmo-plantar, e odinofagia associada. Avaliada em urgência às 24 horas de doença, tendo alta com diagnóstico de exantema urticariforme, medicada com anti-histamínico. Reobservada às 72 horas, por agravamento das lesões nos membros inferiores. Apresentava-se normotensa, com bom estado geral, ligeira hiperemia da orofaringe e edema dos membros inferiores, desde terço distal das pernas até ao dorso dos pés, doloroso à palpação, com petéquias palpáveis e equimoses associadas, bilateralmente. Dos exames complementares de diagnóstico realizados verificou-se: hemoglobina 12,1g/dL, sem leucocitose, 232000 plaquetas, tempo de protrombina 13,2 segundos, INR 1.1, proteína C reactiva 7.5mg/dL, perfil renal, hepático e restante bioquímica sem alterações, urina II sem proteinúria ou outras alterações, teste rápido de Streptococcus do grupo A negativo.

Comentários / Conclusões
A principal manifestação clínica da PHS é a púrpura, presente em todos os doentes, não associada a coagulopatia ou trombocitopenia. Pode haver envolvimento articular, dor abdominal e manifestações renais. Até 75% dos casos de PHS são precedidos por infeção das vias aéreas superiores. Apesar da idade incomum, a adolescente deste caso apresentava quadro compatível com PHS, tendo sido orientada sob medidas gerais para consulta de especialidade.

Palavras-chave: Vasculite, Púrpura, Edema, Equimose, Exantema

PD-281 – (23SPP-12578) – RADIOGRAFIA – UM MÉTODO EFICAZ DE DETECÇÃO DE FRAGMENTOS DE VIDRO

Beatriz Pedreira[1]; Kaylene Freitas[1]; Lisa Soares[1]; Ema Santos[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal; 2 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Central do Funchal

Introdução / Descrição do Caso

Descreve-se o caso de um adolescente saudável que aos 15 anos sofreu uma queda de bicicleta num local com fragmentos de vidro. Deslocou-se ao serviço de urgência (SU) pelas feridas incisas no antebraço direito. Fez-se limpeza, desinfeção, sutura e penso, não sobrando vidros visíveis a olho nu. Dez meses depois recorreu novamente ao SU por noção de permanência de vidros/corpos estranhos (CE) no antebraço direito, apresentando dor em algumas posições de carga do respetivo membro. Ao exame objetivo eram palpáveis dois CE junto das cicatrizes no antebraço direito. Dado não ter sido realizada previamente pediu-se radiografia do antebraço direito onde foram visíveis vários CE de pequenas dimensões em diferentes localizações. Eletivamente, realizou-se excisão sob anestesia local de cinco fragmentos de vidro transparente, que decorreu sem intercorrências. Após o procedimento, o doente referiu a resolução da sensação de corpo estranho e da dor local.

Comentários / Conclusões

Com este caso pretende-se destacar o papel da radiografia na procura de vidros nos tecidos corporais. É um método rápido, barato e com ampla disponibilidade no SU.

É importante que a comunidade médica tenha conhecimento que o vidro é visível na radiografia independentemente da sua cor ou da percentagem de chumbo na sua constituição. Existem estudos que apontam que a radiografia deteta aproximadamente 99% dos fragmentos com mais de dois milímetros de espessura.

Existem poucos casos descritos na literatura e uma dificuldade imensa em estabelecer orientações objetivas tendo em conta a grande variedade de lesões que o vidro pode originar. A remoção de todos os fragmentos de vidro é de crucial importância, pois qualquer fragmento retido pode causar lesões mecânicas às estruturas próximas.

Palavras-chave: Radiografia, vidros, corpo estranho, Serviço de Urgência, Cirurgia Pediátrica

PD-282 – (23SPP-13075) – QUANDO A EXUBERÂNCIA NÃO TRADUZ GRAVIDADE

Bárbara Costa Correia[1]; Beatriz Craveiro Nunes[1]; Manuel Lima Ferreira[1]; Teresa Cachada Baptista[1]; Sandra Teixeira[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

O Síndrome de Gianotti-Crosti, ou acrodermatite papulosa infantil, caracteriza-se por um exantema papular simétrico, localizado na face e extremidades, de causa tipicamente vírica. É uma síndrome benigna, com duração habitual de 2 a 8 semanas, que afeta maioritariamente crianças em idade pré-escolar.

Criança de 3 anos, sexo feminino, com seguimento em consulta por infeções urinárias de repetição e sem medicação habitual. Trazida ao SU por exantema papular eritematoso, pruriginoso, com 2 semanas de evolução. Teve início na região malar bilateral, com progressão simétrica para a superfície extensora dos membros, incluindo região glútea. Sem atingimento palmo-plantar, do tronco, couro cabeludo ou mucosas. Referia rinorreia escassa, sem febre e sem outras queixas. Sem conviventes doentes. A criança teve alta com medidas sintomáticas e anti-histamínico oral.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico do Síndrome de Gianotti-Crosti é clínico e, apesar da sua exuberância, é uma doença autolimitada. Assim, é fundamental o seu reconhecimento para evitar investigação ou tratamentos desnecessários.

Palavras-chave: Síndrome de Gianotti-Crosti, Acrodermatite Papulosa Infantil

PD-283 – (23SPP-12547) – CAUSA RARA DE DOR ESCROTAL AGUDA EM IDADE PEDIÁTRICA

Ariana Tavares[1]; Rui Miranda[1]; Alcinda Reis[1]; Miguel Costa[1]

1 – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução / Descrição do Caso

As condições que afetam o escroto e seu conteúdo variam de achados incidentais a causas que requerem diagnóstico e tratamento imediatos. As causas mais comuns de dor escrotal aguda em idade pediátrica incluem torção testicular, torção de apêndice testicular/epididimário e epididimite. Dos apêndices descritos, destaca-se o canal aberrante de *Haller,* que sendo pedunculado predispõe à torção, simulando um quadro de escroto agudo.

Adolescente de 14 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência por dor escrotal esquerda de início súbito, com 12 horas de evolução. Negava náuseas, vómitos, disúria, corrimento uretral ou febre. Sem início da atividade sexual, negou, ainda, traumatismo e esforço físico intenso recente. Demonstrava fácies de dor e limitação moderada na deambulação. A inspeção perineal não revelou alterações. Apresentava queixas álgicas à palpação na região testicular inferior esquerda e o reflexo cremastérico encontrava-se presente bilateralmente. Sem outras queixas ou achados ao exame objetivo. A ecografia testicular com Doppler demonstrou uma formação arredondada adjacente ao polo inferior do testículo esquerdo. O fluxo sanguíneo testicular era simétrico. A morfologia e topografia dos achados confirmou torção de *vas aberrans de Haller.* Teve alta com indicação para anti-inflamatório, repouso e reavaliação a curto prazo. Aos 8 dias após início do quadro, apresentou resolução completa das queixas álgicas e das alterações ecográficas.

Comentários / Conclusões

Os autores alertam para esta condição benigna com apresentação idêntica à torção testicular, uma verdadeira emergência. O diagnóstico célere e preciso é essencial para determinar intervenção cirúrgica ou conservadora. O prognóstico é excelente, com recuperação sem intercorrências.

Palavras-chave: dor escrotal, torção de vas aberrans de Haller, adolescente

PD-284 – (23SPP-12935) – CELULITE DA REGIÃO ORBITÁRIA EM IDADE PEDIÁTRICA – CASUÍSTICA DE 12 ANOS

Ariana Tavares[1]; Marta Barros[1]; Sara Leite[2]; António Vinhas Da Silva[1]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho; 2 – Unidade de Saúde Familiar Anta

Introdução e Objectivos

A celulite da região orbitária (CRO) é comum na idade pediátrica e apresenta um potencial significativo de morbi-mortalidade. Subdivide-se em celulite orbitária (CO) e periorbitária (CPO), sendo esta diferenciação fundamental para um tratamento precoce e adequado. Pretende-se analisar os fatores de risco, apresentação clínica, diagnóstico, tratamento e complicações dos casos internados por CRO num Serviço de Pediatria de um hospital nível II.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo do processo clínico eletrónico dos internamentos por CRO entre janeiro de 2010 e março de 2023.

Resultados

Identificados 140 internamentos – 49 por CO (35%) e 91 por CPO (65%). A média das idades foi de 5.4 anos, com predomínio do sexo feminino (61.4%). Na CO o principal fator de risco foi a sinusite (79,6%) ($p<0,001$). Relativamente à apresentação clínica, a presença de dor ocular ($p<0,001$), dor com os movimentos oculares ($p<0,001$) e febre ($p<0,001$) foram a favor de se tratar de CO. Laboratorialmente constantou-se que a leucocitose se associou aos casos de CO ($p<0,001$). A tomografia computorizada foi solicitada em 61.4% dos casos. O ceftriaxone foi o antibiótico mais frequentemente prescrito na CO (83,7%). Após implementação do protocolo de serviço verificou-se maior recurso à corticoterapia (9 vs 24). Esta foi utilizada em 23.6% dos casos, identificando-se uma relação entre a sua utilização e complicação (18.7%) ($p<0,001$). Destes últimos, 8 necessitaram de intervenção cirúrgica.

Conclusões

A CPO e a CO são duas entidades clínicas distintas, correspondentes a diferentes espectros de uma doença. Destaca-se a importância do reconhecimento de cada entidade, pela necessidade de diferentes abordagens e maior incidência de complicações na CO. A sinusite é o principal fator desencadeante.

Palavras-chave: região orbitária, celulite orbitária, celulite periorbitária, pediatria

PD-285 – (23SPP-12978) – ACNE FULMINANTE SECUNDÁRIO A ISOTRETINOÍNA

Ana Rita Rodrigues Matos[1]; Rita Costa[1]; Eliana Morgado[1]; Mafalda Santos[1]; Francisco Ruas[1]; Elisabete Santos[1]

1 – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução / Descrição do Caso

O acne fulminante (AF) é uma patologia rara, caracterizada por múltiplas lesões nodulares e placas ulcerativas e hemorrágicas, podendo apresentar envolvimento sistémico. Pode ocorrer espontaneamente ou induzido pela isotretinoína, afetando mais frequentemente adolescentes do sexo masculino com antecedentes de acne vulgar.

Adolescente, 15 anos, sexo masculino, recorre à urgência pediátrica por edema e dor no lábio superior com 12 horas de evolução. Associadamente, apresenta múltiplas lesões cutâneas inflamatórias no tronco e face em agravamento, após início de terapêutica com isotretinoína 10 mg/dia, 3 semanas antes, em contexto de acne severo, com agravamento mais importante após aumento para 20 mg/dia, 3 dias antes. No exame objetivo: múltiplos comedões, pústulas e nódulos no tronco com atividade inflamatória, alguns com sinais de sobreinfeção. Edema e lesão pustular do lábio superior com impetiginização. Assumido diagnóstico de AF com lesão labial impetiginosa. Avaliação laboratorial com leucocitose com neutrofilia e elevação de pCr. Internado sob antibioterapia endovenosa, corticoide oral e isotretinoína 10 mg oral. Resolução praticamente completa do quadro em D4 internamento, pelo que teve alta sob ciclo de flucloxacilina e prednisolona, a reavaliar em ambulatório.

Comentários / Conclusões

O caso descrito trata-se de AF induzido por isotretinoína sem manifestações sistémicas, com boa resposta à terapêutica.

O tratamento com glucocorticoides e isotretinoína é eficaz na maioria dos casos, associando-se antibioterapia nos casos de sobreinfeção.

Palavras-chave: Acne; Fulminans; Isotretinoína; Dermatologia

PD-286 – (23SPP-12699) – RINOSSINUSITE BACTERIANA AGUDA – APRESENTAÇÃO GRAVE, COMPLICAÇÃO INCOMUM

Ana Rita Fradique[1]; Francisca Bartolomeu[2]; Carlos Rodrigues[3]; Guilherme Castela[4]; João Fonseca Neves[2]

1 – Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira; 4 – Serviço de Oftalmologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A rinossinusite aguda bacteriana é uma patologia comum em pediatria, podendo apresentar-se com múltiplas complicações locais. Adolescente 16 anos, saudável, trazido à urgência por dor ocular direita severa (com despertar noturno) e pico febril 40ºC com tremores e ar doente. À observação: fácies de dor, dor à mobilização ocular direita e edema palpebral. Análises com 16400 leucócitos/uL (93% neutrófilos) e pCr 7.63 mg/dL. Na TC: pansinusite etmoido-maxilar direita sem coleções abecedadas orbitárias. Fez dose única de ceftriaxone e foi transferido para hospital nível 3 onde, à admissão, apresentava rinorreia purulenta predominantemente na fossa nasal direita e proptose do olho direito com limitação dos movimentos oculares. Iniciou corticoterapia nasal e sistémica, ceftriaxone e flucloxacilina endovenosos. Em D3 e por agravamento do quadro clínico realizou drenagem cirúrgica dos seios perinasais. Em D6 (D3 de pós-operatório) por persistência e agravamento das queixas oculares, realizada RMN da órbita que confirma a presença de dois abcessos oculares (subperiósteos adjacentes à lâmina papirácea e na vertente súpero-interna da órbita direita). Realizou drenagem dos abcessos (abordagem cirúrgica combinada com equipa multidisciplinar de otorrinolaringologia e oftalmologia). A cultura do exsudado identificou *Streptoccocus constellatus spp pharyngis*. Ajustada a antibioterapia para ceftriaxone, vancomicina e metronidazol (cumpriu 14 dias) com melhoria progressiva. Alta em D21 sob amoxicilina/ácido clavulânico oral que cumpriu durante 14 dias. Um mês após a alta foi avaliado em consulta, com recuperação total.

Comentários / Conclusões

Realça-se a importância do rápido reconhecimento de uma complicação grave como forma de apresentação da rinossinusite aguda.

Palavras-chave: Rinossinusite aguda, Abcesso órbita

PD-287 – (23SPP-12912) – INTOXICAÇÃO POR METADONA EM IDADE PEDIÁTRICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Mouro[1]; Carolina Barroso[1]; Márcia Cordeiro[1]; Luciana Barbosa[1,2]; Joana Soares Dos Reis[1]

1 – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 2 – Centro Diagnóstico Pneumológico de Gaia

Introdução / Descrição do Caso

As intoxicações na pediatria representam uma causa frequente de recorrência ao SU. Destas, as involuntárias constituem uma importante parcela, sobretudo abaixo dos 5 anos, sendo crucial a avaliação dos fatores predisponentes.

Criança, sexo feminino, 26 meses, trazida ao SU por prostração e desequilíbrio da marcha. Negados outros sintomas, traumatismos ou possibilidade de ingestão de fármacos/tóxicos. Admitida na sala de emergência, com Escala Coma de Glasgow de 10, hiporreatividade, mas reativa a estímulos dolorosos, pupilas mióticas, movimentos respiratórios tipo "gasping" e lábios cianosados. Estudo analítico e TC-CE sem alterações. Pesquisa de drogas na urina positiva para metadona. Realizada terapêutica com naloxona, com melhoria inicial do estado de consciência. Por manter períodos de sonolência e depressão respiratória nas primeiras 12h de internamento, repetiu duas doses de naloxona, com boa resposta clínica, resolução da depressão respiratória e normalização do estado da consciência. Após insistência, a família acabou por mencionar que no agregado familiar residia um tio-avô a fazer terapêutica de substituição com metadona, que descartava a embalagem no lixo, ao qual a criança teria acesso. Teve alta após orientação social e já tinha Processo de Promoção e Proteção na CPCJ.

Comentários / Conclusões

As intoxicações acidentais por opióides são raras em idade pediátrica, mas devem ser consideradas em situações de depressão respiratória e miose. A rápida disponibilidade do resultado das drogas na urina permitiu o diagnóstico célere e rápida administração do antagonista. Pela semi-vida longa da metadona é frequente ser necessário a administração seriada de naloxona. A orientação da situação sócio-familiar torna-se premente nestas situações.

Palavras-chave: Intoxicações, Metadona

PD-288 – (23SPP-12795) – UM CASO CLÍNICO ACERCA DE MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS DE CAUSA IATROGÉNICA

Sara Sousa Fernandes[1]; Mariana Santos Nobre[1]; Luciana Abelha[1]; Ana Sofia Nunes[1,2]; Juliana Maciel[1]

1 – Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

Criança, 10 anos, sexo masculino, recorre ao serviço de urgência (SU) por 2 episódios autolimitados, com duração de alguns minutos, de início súbito 1 hora antes, de movimentos involuntários da face, desvio da comissura labial e fala arrastada. À admissão, encontrava-se consciente, orientado e colaborante, com movimentos repetitivos de hiperextensão cervical e da face, com desvio da comissura labial e protrusão involuntária da língua. Não constatada ptose ou qualquer envolvimento ocular. Realizado estudo analítico e Angio-TC de crânio de urgência para estudo e exclusão de lesões vasculares agudas. Sem alterações no estudo realizado, exceto pesquisa de drogas de abuso na urina positivas para anfetaminas. Dos antecedentes pessoais, de realçar criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Perturbação de Oposição-Desafio, medicada com risperidona e dimesilato de lisdexanfetamina, tendo realizado ajuste de medicação 2 meses antes. Suspendida risperidona, com resolução completa do quadro e ausência de novos episódios. Assumido diagnóstico de sintomas extrapiramidais de causa iatrogénica, nomeadamente, distonia orofaciomandibular.

Comentários / Conclusões

Os antipsicóticos são fármacos de uso crescente em idade pediátrica, preferindo-se o uso de fármacos de 2ª geração que se destacam pelo seu melhor perfil de efeitos adversos. Contudo, tal como evidenciado neste caso, estes não se encontram isentos de reações adversas. A risperidona é um dos antipsicóticos atípicos disponíveis que apresenta o maior risco de efeitos extrapiramidais, sobretudo perante a associação com fármacos estimulantes e após ajuste de dose. Um dos efeitos extrapiramidais conhecidos é a distonia aguda, que pode afetar um ou mais segmentos corporais.

Palavras-chave: Antipiscóticos Atípicos, Sintomas Extrapiramidais, Iatrogenia

PD-289 – (23SPP-12828) – HIPOGLICEMIA: MANIFESTAÇÃO CLÍNICA OU REAÇÃO ADVERSA?

Ana João Fernandes[1]; Tiago Marçal[2]; Aida Azevedo[3]; Anabela Bandeira[2]; Margarida Paiva Coelho[2]; Clara Vieira[3]

1 – Hospital de Braga; 2 – CMIN, Centro Hosp. Univ. de Santo António; 3 – Centro Hospitalar Médio Ave

Introdução / Descrição do Caso

Introdução:

Hipoglicemia define-se como glicose sanguínea abaixo de 45mg/dl ou 55-60mg/dl na presença de sintomas. Ainda que pouco frequente, as suas consequências podem ser graves. As causas são vastas e incluem causas internas como doenças metabólicas, ou externas como ingestão de medicamentos ou tóxicos.

Descrição do caso:

Criança 3 anos, saudável, com hemangioma infantil misto no nariz com compromisso do vestíbulo nasal (entretanto resolvido) sob tratamento com propranolol 1.8 mg/kg/d tid desde os 3 meses.

Levada ao SU por sudorese, palidez e prostração. Associadamente 1 vómito e 1 dejeção pastosa sem sangue ou muco, sem febre. À admissão objetivada glicemia capilar 20mg/dl, sinais vitais normais, ECG10, sonolência e palidez cutânea, sem sinais meníngeos. Analiticamente apresentava glicemia 28mg/dl, acidemia com acidose metabólica (pH 7,26; lactatos 1,6; HCO3- 18,8, AG 12 mmol/L), sem cetonúria. Ficou com estudo etiológico em curso. Após correção endovenosa iniciou fluidoterapia com melhoria do quadro e normoglicemia.

Foi transferida para investigação etiológica. Suspendeu propranolol e manteve-se normoglicémica nas 72h seguintes. O estudo em crise (endócrino e metabólico) não evidenciou disfunção dos mecanismos de regulação da glicemia. Teve alta com diagnóstico de hipoglicemia como efeito adverso ao propranolol no contexto de intercorrência infeciosa.

Comentários / Conclusões

Conclusão:

Este caso realça a importância da anamnese, farmacocinética e farmacodinâmica. Reforça também a indicação de suspensão temporária do beta bloqueador em contexto de intercorrência infeciosa. Conhecimentos farmacológicos e da história natural dos problemas são fulcrais para minimizar efeitos adversos.

Palavras-chave: Hipoglicemia, Propranolol

PD-290 – (23SPP-12786) – LÍNGUA VERDE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Alice Martins[1]; Ana Lemos[1]; Beatriz Carmo[1]; Vitória Soares[2]; Irene Carvalho[1]

1 – Serviço de Pediatria, UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

As cólicas abdominais são frequentes em lactentes saudáveis e habitualmente são causadores de ansiedade parental. Existe uma grande variedade de produtos utilizados para tentar tratar esta condição, a maioria de venda livre. Apesar de muitas vezes serem encarados como inócuos, podem causar efeitos indesejados/adversos.
Pequeno lactente, 39 dias de vida, com cólicas abdominais muito frequentes, avaliado no Serviço de Urgência por pico febril único, noção materna de maior sonolência e urina com odor fétido.
Pelas queixas de dor abdominal realizava diariamente "Biogaia", "Colimil" e "Coliprev". Ao exame objetivo apresentava língua com coloração esverdeada, segundo a mãe desde há cerca de 5 dias. O estudo analítico, exame sumário de urina e bacteriológico de urina confirmaram o diagnóstico de infeção do trato urinário, pelo que foi internado para tratamento antibiótico. Durante o internamento manteve coloração esverdeada da língua. Pela suspeita de causa medicamentosa e dado "Colimil" apresentar coloração esverdeada, decidido suspender fármaco. Cerca de 5 dias após suspensão apresentou regressão da coloração esverdeada da língua.

Comentários / Conclusões

A coloração esverdeada da língua em idade pediátrica pode ter várias causas – medicamentosa, infeciosa (bacteriana ou fúngica), tabagismo ou má higiene oral. Muitos lactentes saudáveis realizam diferentes fármacos de venda livre, por iniciativa parental. Torna-se assim importante realçar que estes fármacos, muitas vezes desvalorizados pelos pais, podem ser causadores de efeitos indesejados e mesmo adversos.

Palavras-chave: Cólica do lactente, Efeito indesejado, Medicamento não sujeito a receita médica

PD-291 – (23SPP-12820) – ASSIMETRIA FACIAL DE NOVO: NEM TUDO É O QUE PARECE

Alexandra Vilas Fabião[1]; Rita Lages Pereira[1]; Francisca Gomes[1]; João Rebelo Lima[1]; Margarida Abreu[1]; Mariana Portela[1]

1 – Hospital de Braga E.P.E

Introdução / Descrição do Caso

A acatisia e a distonia aguda são sintomas extrapiramidais que, em contexto apropriado, podem ser secundários a iatrogenia medicamentosa.
Adolescente de 11 anos, sexo masculino, previamente saudável, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por assimetria facial, discurso ininteligível e movimentos oculares circulares com 1 hora de evolução. Negado qualquer contexto epidemiológico relevante.
À chegada ao SU encontrava-se ansioso e inquieto, com disartria de novo. Objetivada deslocação da mandíbula inferior para a direita, com preservação dos sulcos nasogenianos, e dor referida à hemiface esquerda. Restante exame neurológico normal. Nesse contexto, foi solicitado Eletroencefalograma e Tomografia Computorizada de crânio e da articulação temporo-mandibular, sem alterações. Aquando reavaliação do doente e revisão detalhada da história clínica com os cuidadores, é finalmente referido tratamento com metoclopramida oral 10mg, três vezes/dia, desde há 2 dias, por gastroenterite aguda prévia. Cerca de 30 minutos após observação inicial, foi constatada resolução total e espontânea da sintomatologia, sem necessidade de administração de biperideno e sem recidivas a curto prazo.

Comentários / Conclusões

Os sintomas extrapiramidais induzidos por fármacos são um diagnóstico a considerar em crianças com movimentos involuntários, medicadas com anti-eméticos de efeito central, como a metoclopramida. A distonia e a acatisia geralmente surgem nas primeiras 48 horas após início da terapêutica e podem reverter com a descontinuação do fármaco. Assim, perante sintomas neurológicos de novo, é fundamental uma exploração exaustiva da história farmacológica, pois o conhecimento dos efeitos adversos medicamentosos poderá evitar investigações clínicas desnecessárias.

Palavras-chave: sintomas extrapiramidais, distonia aguda, acatisia, disartria, gastroenterite aguda, metoclopramida

PD-292 – (23SPP-12788) – PROVÁVEL EXPANSÃO FENOTÍPICA DA SÍNDROME ZTTK – PUBERDADE PRECOCE

Teresa Tavares[1]; Ivete Afonso[2]; Rita Quental[3]; Helena Pinto[4]; Beatriz Rosa[5]; Cláudia Gonçalves[6]; Cecília Martins[6]

1 – Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CMIN – CHUdSA); 2 – Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano (ULSM – HPH); 3 – Serviço de Genética do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ); 4 – Unidade de Nefrologia Pediátrica do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ); 5 – Serviço de Pedopsiquiatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano (ULSM – HPH); 6 – Unidade de Neurodesenvolvimento do Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano (ULSM – HPH)

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome de ZTTK é uma doença hereditária autossómica dominante, causada por variantes patogénicas no gene *SON* (cromossoma 21q22.11) e que tem um papel fundamental no Neurodesenvolvimento e no metabolismo de múltiplos órgãos. Caracteriza-se por dismorfia facial e alterações do desenvolvimento. A maioria dos doentes apresenta hipotonia, dificuldades alimentares, alterações musculoesqueléticas e da visão, defeitos cardíacos e malformações urogenitais. Pode ocorrer epilepsia e alterações na ressonância magnética crânio-encefálica.

Criança de 9 anos, sexo masculino, filho de pais não consanguíneos, seguido em consulta de Neurodesenvolvimento por Perturbação do Espetro de Autismo. Nos primeiros meses de vida teve dificuldades alimentares e hipotonia. Apresentava plagiocefalia, pavilhões auriculares alados e de baixa implantação com deformidade do pavilhão auricular esquerdo, hipoplasia da falange distal de ambos os pés e displasia da unha dos hálux. Associadamente, astigmatismo, rim multiquístico, com refluxo vesico-ureteral bilateral grau III. Realizou estudo genético que detetou a variante patogénica c.5753_5756del p.(Val1918Glufs87*), em heterozigotia no gene *SON*, *de novo*, levando ao diagnóstico de síndrome de ZTTK. Efetuou avaliação cardíaca e ressonância magnética cerebral, sem alterações. Aos 7 anos iniciou seguimento em Endocrinologia por puberdade precoce (aceleração da velocidade de crescimento, crescimento peniano e aparecimento de pelo púbico).

Comentários / Conclusões

Na literatura, existem menos de 70 casos descritos desta síndrome. Do conhecimento dos autores, este é o primeiro caso descrito de um doente com síndrome de ZTTK e puberdade precoce, pelo que pode indicar uma expansão fenotípica desta doença rara.

Palavras-chave: Síndrome ZTTK, Puberdade Precoce

PD-293 – (23SPP-12816) – APRESENTAÇÃO RARA DE MUTAÇÃO DE KIF11 – CASO CLÍNICO

Teresa Tavares[1]; Helena Ferreira[1]; Matilde Pinto[1]; Gabriela Soares[2]; Teresa Costa[3]; Anabela Bandeira[4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CMIN-CHUdSA); 2 – Serviço de Genética do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD); 3 – Unidade de Nefrologia Pediátrica do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CMIN-CHUdSA); 4 – Unidade de Doenças Hereditárias e do Metabolismo do Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CMIN-CHUdSA)

Introdução / Descrição do Caso

Microcefalia com ou sem coriorretinopatia, linfedema, ou perturbação do desenvolvimento intelectual (MCLMR) é uma doença autossómica dominante, rara, causada por uma mutação heterozigótica no gene *KIF11*. A apresentação é variável, sendo a principal característica a microcefalia, associada muitas vezes a alterações oftalmológicas (coriorretinopatia é a alteração mais comum), linfedema, dificuldades de aprendizagem, dismorfias, e raramente, defeitos cardíacos e epilepsia.

Criança de 9 anos, sexo masculino, filho de pais não consanguíneos, nascido de termo de uma gravidez sem intercorrências, seguido multidisciplinarmente desde o nascimento por microcefalia congénita, hipoplasia do corpo caloso e atrofia corticosubcortical, dismorfias (micrognatismo, pirâmide nasal proeminente), má evolução ponderal, atrofia coriorretiniana, miopia bilateral e estrabismo, e tubulopatia com nefrocalcinose, microlitíase, hipercalciuria e proteinuria. Apresenta também uma perturbação do desenvolvimento intelectual, atualmente com ensino especial. Sem alterações cardíacas conhecidas. Do estudo genético realizado, encontrada uma variante patogénica em heterozigotia *de novo* no gene *KIF11*, associada à síndrome MCLMR.

Comentários / Conclusões

Este é um caso de uma síndrome genética rara (cerca de 50 casos descritos na literatura). Existe apenas um caso descrito de um doente com esta síndrome e nefrocalcinose de causa desconhecida. Assim, esta é uma descrição de um outro caso clínico com uma mutação no gene *KIF11*, alterações características da síndrome, mas também alterações nefrológicas (tubulopatia, nefrocalcinose e proteinúria), pelo que se torna mais provável que esta seja mais uma apresentação clínica possível desta síndrome.

Palavras-chave: KIF11, Microcefalia, Tubulopatia, Nefrocalcinose, Neurodesenvolvimento

PD-294 – (23SPP-13096) – SÍNDROME DE LEIGH: UMA CAUSA DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DO LACTENTE

Rita Salgueiro[1]; Alexandra Rodrigues[1]; Leonor Salicio[1]; Pedro Guerra[1]

1 – Serviço de Pediatria da ULS da Guarda

Introdução / Descrição do Caso

Introdução:

O síndrome de Leigh é uma doença mitocondrial metabólica progressiva que provoca alterações sistémicas, em particular, a nível neurológico e motor. Caracteriza-se pela presença de lesões necrotizantes esponjosas bilaterais e simétricas a nível dos gânglios da base, tronco cerebral e espinal medula. O diagnóstico confirma-se por estudo genético e a imagiologia é fundamental para a visualização das lesões cerebrais típicas.

Descrição:

Lactente de 2 meses, sexo feminino, veio à consulta de Pediatria Geral por história de má progressão estato-ponderal (MPEP), com cruzamento de 3 percentis desde o nascimento. Trata-se de uma gravidez resultante de uma fertilização in vitro com transferência de embrião de óvulos de dadora. Ao exame objetivo, destacou-se a presença de uma hipotonia axial marcada e estrabismo fixo.
Realizou investigação para estudo da MPEP e alterações a nível psicomotor, destacando-se metabolicamente a presença sustentada de hiperlactacidemia e hipertransaminasemia associada a elevação da alfa-feto proteína. Após vários meios complementares de diagnóstico, realizou ressonância magnética crânio-encefálica, em que se verificou a presença de lesões hiperintensas simétricas a nível talâmico e bulbar, sugestivas de Síndrome de Leigh.
Atualmente, com 5 meses, a lactente está em seguimento multidisciplinar, sob suplementação com tiamina, riboflavina, biotina e coenzima 10 e a aguardar resultado do estudo genético.

Comentários / Conclusões

Discussão:

O síndrome de Leigh é uma doença metabólica que não tem cura. Medidas dietéticas e de suplementação com anti-oxidantes e cofatores podem ajudar a reduzir os efeitos metabólicos provocados pela patologia. No geral, o prognóstico é mau, e piora quanto mais cedo surjam as manifestações da doença.

PD-295 – (23SPP-12796) – O IMPACTO DO ESTUDO GENÉTICO – A PROPOSITO DE UM CASO CLÍNICO

Carolina Figueiredo[2]; Inês Rodrigues[1]; Mariana Portela[3]; Margarida Abreu[3]; Sandra Costa[3]; Miguel Gonçalves-Rocha[4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 3 – Unidade de Neurodesenvolvimento, Hospital de Braga; 4 – Serviço de Genética Médica, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

O papel do estudo genético tem ganho progressivamente mais destaque na investigação etiológica em várias áreas do conhecimento, nomeadamente nas perturbações do neurodesenvolvimento em idade pediátrica. O diagnóstico genético pode permitir a antecipação terapêutica a problemas futuros, optimizando o prognóstico clínico.
Criança do sexo masculino, 7 anos de idade, seguida em consulta de Neurodesenvolvimento por Perturbação do Espectro do Autismo, sem causa orgânica identificada. Exame físico sem dismorfias e crescimento estaturo-ponderal regular. No decorrer da investigação etiológica, realizou sequência completa do exoma onde não foram detectadas variantes patogénicas que expliquem o quadro clínico apresentado. No entanto, como achado secundário, foi detectada a variante patogénica NM_020975.5:c.2410G>A p.(Val804Met) no exão 14 (de 20) do gene RET. Este achado é concordante com o histórico familiar de carcinoma da tiroide. Foi assim iniciado um plano de vigilância anual à criança (palpação cervical, doseamento da calcitonina e ecografia cervical) e disponibilizada consulta genética aos familiares em risco.

Comentários / Conclusões

Neste caso, a investigação genética etiológica permitiu identificar uma variante patogénica associada a risco de carcinoma da tiroide. A pertinência da tiroidectomia profilática é muito discutível e a literatura mais recente sugere vigilância pela impossibilidade de prever o risco específico/idade de aparecimento/histologia. Realçamos, assim, o papel do estudo genético na identificação do risco, permitindo uma melhor orientação clínica do doente e família. Não podemos, no entanto, deixar de questionar os limites da aplicação dos testes genéticos.

Palavras-chave: Estudo genético, Variante patogénica, Vigilância clínica

PD-296 – (23SPP-13019) – QUANDO O ESTUDO GENÉTICO DA FILHA EXPLICA A DOENÇA DO PAI

Beatriz Vieira[1]; Sara Soares[2]; Inês Vaz Matos[2]; Diana Gonzaga[2]; Ana Vaz[2]; Ana Rita Soares[3]; Catarina Prior[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde; 2 – Unidade de Neurodesenvolvimento do Serviço de Pediatria do Centro Materno Infantil do Norte Albino-Aroso – Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 3 – Serviço de Genética Médica, Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

Neurodevelopmental disorder with or without variable movement or behavioral abnormalities (NEDMAB) é uma doença autossómica dominante causada por uma mutação heterozigótica no gene *KCNN2,* caracterizada por PDI leve a grave e, em alguns casos, doença do movimento (tremor, ataxia cerebelar ou sintomas extrapiramidais).
12 anos, sexo feminino, enviada à nossa Unidade por suspeita de PDI e perturbação do comportamento. Filha única de casal não consanguíneo. Pai com antecedentes de dificuldades de aprendizagem e tremor bilateral nas mãos desde a infância. Vários familiares do ramo paterno com tremor.
Antecedentes pré e perinatais irrelevantes. Marcos de neurodesenvolvimento alcançados na idade esperada. Problemas de comportamento remontam ao infantário – mordia e beliscava os pares. Dificuldades na aquisição dos pré-requisitos académicos, com dificuldades de aprendizagem generalizadas sobretudo a partir do 2º ano. Na escala WISC-III QIG de 69. Autonomia em grande parte preservada.
Exame objetivo sem alterações, exceto uma dismorfia craniofacial inespecífica ligeira.
O array-CGH revelou uma deleção intersticial heterozigótica no cromossoma 5q22.3, incluindo parcialmente a região do gene *KCNN2* – provavelmente patogénica.
Referenciada à consulta de Genética: o estudo dos pais confirmou a suspeita de herança paterna desta *copy number variation (*CNV).

Comentários / Conclusões

A identificação desta CNV nesta adolescente permitiu encontrar a etiologia das suas dificuldades de aprendizagem e das dificuldades e do tremor paterno, possibilitando ainda o aconselhamento genético não apenas desta família nuclear mas também dos elementos da linhagem paterna com tremor. Sugere-se o estudo deste gene em indivíduos com tremor associado a dificuldades de aprendizagem ou PDI.

Palavras-chave: Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, Doença do movimento, gene KCNN2, Síndrome NEDMAB

PD-297 – (23SPP-12793) – QUANDO O GENE É HIPERTENSO

Filipa Curinha[1,2]; Mariana Lopes Costa[1,3]; Ana Moura Figueiredo[1,4]; Carolina Cordinhã[1]; Carmen Do Carmo[1]; Clara Gomes[1]

1 – Unidade de Nefrologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.; 2 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria, EPE.; 4 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome de Grange, uma doença genética rara, carateriza-se por doença vascular grave de início precoce, com estenose e oclusão das artérias renais, cerebrais ou abdominais e hipertensão arterial (HTA). Pode associar-se a cardiopatia congénita, fragilidade óssea, braquissindactilia e dificuldades de aprendizagem.
Adolescente de 15 anos, com antecedentes de braquissindactilia e múltiplas fraturas. Desde os 10 anos, valores de tensão arterial elevados, interpretados como HTA de bata branca. Aos 15 anos, objetivados sinais eletrocardiográficos de hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e monitorização ambulatória da tensão arterial confirmou HTA. Em consulta hospitalar, referia cefaleias e epistaxis recorrentes. Apresentava HTA (P>99), função renal normal, aldosterona elevada e proteinúria significativa. Da investigação, salienta-se HVE concêntrica, estenose da artéria renal esquerda e da mesentérica superior, oclusão bilateral das carótidas internas e remanescente de comunicação interventricular. Confirmação genética de síndrome de Grange. Iniciou ácido acetilsalicílico, amlodipina e bisoprolol.
Aos 17 anos, realizou angioplastia com colocação de stent na artéria renal esquerda, permitindo a suspensão dos anti-hipertensores.
Alta aos 18 anos, com tensão arterial normal, função renal estável e ecocardiograma sem critérios de HVE.

Comentários / Conclusões

A HTA em Pediatria implica a exclusão de causas secundárias.
A evidência de cardiopatia congénita, fragilidade óssea e braquissindactilia devem fazer suspeitar da síndrome de Grange e pesquisar alterações vasculares disseminadas. O atingimento de artérias da cabeça e pescoço pode condicionar acidentes vasculares cerebrais, o que torna a vigilância médica fulcral para prevenir consequências graves da doença.

Palavras-chave: Síndrome de Grange, Hipertensão Arterial, Estenose Arterial

PD-298 – (23SPP-13073) – PIODERMA GANGRENOSO...MUITO PARA ALEM DA INFECÇÃO

Retirado a pedido do autor

PD-299 – (23SPP-13041) – VERRUGAS E NÃO SÓ...

Beatriz Sousa Nunes[2]; Sara Batalha[1]; Marta Valente[3]; Ana Isabel Cordeiro[3]; Conceição Neves[3]; João Farela Neves[3]

1 – Unidade de Hematologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3 – Unidade de Imunodeficiências Primárias, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

O gene GATA2 codifica uma proteína homónima, fator de transcrição em células hematopoiéticas percussoras. As manifestações hematológicas da haploinsuficiência do GATA2 têm um pico nas 2-3ª décadas de vida. A maioria dos adolescentes com mielodisplasia e monossomia do cromossoma 7 têm uma haploinsuficiência do GATA2 subjacente. Rapariga de 11 anos, previamente saudável, enviada à consulta por neutropenia isolada. História de verrugas recorrentes nos membros inferiores e mãos (Fig. 1) com 4 anos de evolução, refratárias à terapêutica e aftas na cavidade oral muito frequentes. Laboratorialmente com neutropenia (610 /uL) com hiposegmentação, sem atingimento de outras séries, macrocitose (VGM 98,5 fL) e persistência da hemoglobina fetal (3,7%). As populações linfocitárias revelaram linfopenia B e NK. Mielograma com hipocelularidade mieloide (M:E 0,15). O estudo citogenético medular evidenciou 2 linhagens anormais (1) monossomia do cromossoma 7 e (2) cromossoma supranumerário resultante da translocação entre os cromossomas 1 e 7. Estudo genético revelou variante em heterozigotia (c1017+572C>T) do GATA2, numa região regulatória intrónica conservada, com afeção da expressão proteica particularmente ao nível da diferenciação das células NK. Pela mielodisplasia com monossomia do 7 em contexto de haploinsuficiência do GATA2 foi orientada para transplante de células progenitoras hematopoiéticas.

Comentários / Conclusões

A haploinsuficiência do GATA2 tem um fenótipo clínico muito variável, estando bem descritas a predisposição para síndromes mielodisplásicas e a susceptibilidade a infecções por HPV. A idade, a neutropenia idiopática e os sinais de falência medular devem alertar-nos para o diagnóstico, permitindo a avaliação genética precoce e orientação adequada.

Palavras-chave: Haploinsuficiência de GATA2, Mielodisplasia, Neutropenia, Verrugas

PD-300 – (23SPP-12592) – DESNUTRIÇÃO INFANTIL- EXPERIÊNCIA DE 6 MESES NUM CENTRO DE SAÚDE EM TIMOR-LESTE

Teresa Magalhães[1]; António Cruz[2]; Amenia Florindo Sequeira[2]; Daniel Soares[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Oeste, Caldas da Rainha; 2 – Serviço de Nutrição, Centro Saúde Internacional de Vera Cruz, Dili-Timor-Leste

Introdução e Objectivos
Em Timor-Leste (TL) 47% das crianças até aos 5 anos sofrem de desnutrição, sendo considerada pela UNICEF (2022) uma das maiores taxas mundiais. Cerca de 70% da população timorense vive em áreas rurais, com acesso precário a serviços de saúde, alimentos e medicamentos. A desnutrição associa-se a sérias consequências adversas, tanto para a saúde, como para o desenvolvimento humano e económico do país.
Pretende-se caracterizar o crescimento e estado nutricional das crianças acompanhadas num Centro Saúde (CS) em Díli, capital de TL.

Metodologia
Estudo retrospetivo descritivo das avaliações nutricionais e antropométricas da consulta de nutrição do CS de crianças até 5 anos, entre 1 janeiro a 30 junho 2023.

Resultados
Amostra de 7386 crianças avaliadas, 74% com menos de 23 meses. A relação peso/idade foi considerada normal em 82%, moderadamente baixa (-2 a -3 SD) em 14%, severamente baixa (< -3 SD) em 4% e excessiva em 0%. A relação Peso/Estatura (P/E) foi normal em 79%, moderadamente baixa em 16% e severamente baixa em 5%. Foram detetados 293 novos casos de malnutrição, com valor da circunferência braquial inferior a 11,5 cm em 18%. Quando identificadas desnutrição e relação P/E inferior a -2SD foi fornecido aconselhamento nutricional e suplemento de micronutrientes.

Conclusões
A desnutrição infantil é uma das principais causas de morbi-mortalidade nos países em desenvolvimento. Apesar da introdução de protocolos de combate à desnutrição em TL, o número de casos mantém-se elevado. A pobreza, falta de higiene e de consciencialização contribuem para o desenvolvimento de desnutrição e doenças infeto-contagiosas. Torna-se essencial consciencializar a população de TL para este problema e capacitar os profissionais de saúde para aconselhamento e vigilância nutricional.

Palavras-chave: Timor-Leste, malnutrition, anthropometry, nutrition assessment, poverty

PD-301 – (23SPP-13003) – LITÍASE BILIAR EM IDADE PEDIÁTRICA – REVISÃO DE 4 CASOS

Sónia Correia[1]; Diana Carvalho[1]; Marta Dias[1]; Mafalda Cascais[1]; Cristina Cândido[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução / Descrição do Caso
A incidência de litíase biliar tem aumentado na população pediátrica. O diagnóstico deve ser equacionado perante clínica sugestiva, particularmente na presença de fatores de risco. A generalização do uso de ecografia abdominal tem contribuído para o aumento de casos assintomáticos aquando do diagnóstico.
Caso 1: Adolescente de 13 anos com obesidade, diabetes mellitus tipo 2, dislipidémia e esteatose hepática. Ecografia abdominal com vesícula com lama biliar e focos litiásicos. Assintomática até ao momento.
Caso 2: Criança de 5 anos com esferocitose hereditária e síndrome de Gilbert. Por dor abdominal recorrente realizou ecografia que revelou litíase biliar milimétrica. Submetido a colecistectomia, com boa evolução clínica.
Caso 3: Criança de 2 anos medicada com ceftriaxone por osteomielite subaguda. Às 5 semanas de tratamento iniciou dor epigástrica súbita, apresentando ecograficamente, vesícula biliar de parede fina com conteúdo litiásico milimétrico. Suspendeu ceftriaxone, sem evidência de litíase 5 meses depois.
Caso 4: Criança de 4 anos, com história familiar de litíase biliar. Em contexto de dor abdominal, realizou ecografia que evidenciou vesícula em "barrete frígio" com cálculo de 8mm. Avaliada após 3 meses por dor abdominal e vómitos; à admissão com Murphy vesicular positivo. Achados ecográficos compatíveis com colescistite aguda, com boa evolução sob antibioterapia EV. Submetida a colecistectomia posteriormente.

Comentários / Conclusões
O diagnóstico de litíase biliar pode constituir um desafio dada a variabilidade e inespecificidade da apresentação clínica nesta faixa etária. Conhecer os fatores predisponentes contribui para uma maior suspeição clínica. Os casos ilustram diferentes fenótipos clínicos, com abordagens terapêuticas distintas.

Palavras-chave: Litíase Biliar; Fatores de Risco; Pediatria

PD-302 – (23SPP-12753) – PANCREATITE AGUDA RECORRENTE – UM CASO CLÍNICO

Rita Vilar Queirós[1]; Bárbara Querido Oliveira[1]; Tânia C. Pessoa[1]; Joana Extreia[1]; Patrícia Pais[1]; Susana Correia[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Introdução / Descrição do Caso

A pancreatite é uma doença potencialmente grave, frequentemente subdiagnosticada em idade pediátrica. Classifica-se em aguda, aguda recorrente e crónica. Ao contrário do adulto, na pediatria, as etiologias mais frequentes são a idiopática e as alterações anatómicas.

Adolescente, sexo feminino, 15 anos, antecedentes de obesidade (IMC=34 kg/m^2), seguida em consulta privada de Nutrição, sob suplementação com diferentes multivitamínicos de "origem natural". Recorreu à Urgência Pediátrica por dor epigástrica com irradiação lombar, vómitos alimentares, colúria e hipocolia fecal com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo: palidez cutânea, escleróticas ictéricas e dor à palpação do hipocôndrio direito com Murphy vesicular positivo. Analiticamente: leucocitose com neutrofilia, hiperbilirrubinémia mista, elevação das transaminases e GGT. TC abdominal com dilatação das vias biliares intra-hepáticas e do colédoco. Internada com o diagnóstico de hepatite colestática.

Durante o internamento, por agravamento da dor abdominal, realizada reavaliação analítica com elevação da amilase e CPRM evidenciando litíase da vesícula e vias biliares, condicionando obstrução biliar complicada de pancreatite litiásica. Serologias virais e estudo da autoimunidade negativos. Teve alta com melhoria clínica e analítica.

Evolução com mais dois internamentos por pancreatite aguda colestática ligeira no espaço de 2 meses e meio. Submetida a colecistectomia, sem recorrência dos episódios até à data.

Comentários / Conclusões

A incidência crescente de pancreatite litiásica tem sido associada ao crescimento exponencial de obesidade nesta faixa etária. Perante um adolescente obeso com dor abdominal, é mandatória a exclusão desta patologia.

Palavras-chave: Pancreatite, Obesidade, Pediatria

PD-303 – (23SPP-13001) – HEPATITE AGUDA COM COLESTASE POR EBV/CMV – COINFEÇÃO OU REAÇÃO CRUZADA?

Margarida Moreno Fernandes[1,2]; Ana Sofia Nunes[1,3]; Mariana Nobre[1]; Mariana Costa[1]; Isabel Martinho[1]

1 – Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE); 3 – Serviço de Pediatria do Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A mononucleose infeciosa cursa com envolvimento hepático frequente. Lesão hepatocelular grave e colestase são raras. O Vírus *Epstein-Barr* (EBV) e *Citomegalovirus* (CMV) são *herpesvirus* e podem causar coinfeção ou pode existir reação cruzada entre ambos.

Criança do sexo masculino, 3 anos, saudável. Quadro com 7 dias de evolução de febre, dor abdominal, diarreia e rinorreia. Ao exame objetivo, hepatoesplenomegalia, orofaringe ruborizada e gânglios cervicais infracentimétricos bilateralmente. Análises revelaram leucocitose com neutrofilia, linfopenia e trombocitopenia. Aumento marcado das transaminases, aspartato aminotransferase (AST) 867UI/L e alanina aminotransferase (ALT) 715U/L. Discreto padrão de colestase com aumento da bilirrubina total (2,01mg/dL) à custa da direta (1,44 mg/dL), aumento da gama-GT (286 UI/L) e fosfatase alcalina (1253 UI/L). Esfregaço de sangue periférico mostrou linfócitos atípicos. Marcadores víricos de hepatite A, B, C e E negativos. CMV IgM positivo, EBV VCA IgM positivo, ambos IgG negativos. Repetiu serologias após 3 semanas, CMV IgM e IgG negativos, EBV IgM positivo, IgG VCA positivo (5,7, para normal inferior a 1). Apresentou resolução clínica e analítica com tratamento de suporte.

Comentários / Conclusões

Este caso ilustra uma hepatite por infeção por EBV, em que a serologia inicial CMV foi falsamente positiva por reação cruzada. Os autores pretendem salientar que neste caso, apesar da predominância do padrão de lesão hepatocelular, são de destacar achados de colestase, descritos, mas raramente associados ao EBV.

Palavras-chave: hepatite, colestase, mononucleose, coinfeção, reação cruzada

PD-304 – (23SPP-12663) – TESTE RESPIRATÓRIO COM UREIA RADIOMARCADA PARA DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI EM DOENTES PEDIÁTRICOS

Kaylene Freitas[1]; Fiona Caldeira[1]; Francisco Silva[1]; Rute Gonçalves[1]

1 – Hospital Central do Funchal

Introdução e Objectivos

A infeção pelo Helicobacter pylori (HP) é das infeções mais comuns a nível mundial, no entanto, a doença grave em idade pediátrica é incomum. A testagem e o tratamento indiscriminado de infeções por HP, assim como o tratamento empírico, são alguns dos fatores apontados para os atuais níveis alarmantes de resistência antibiótica do HP.

Metodologia

Estudo retrospetivo de 206 doentes pediátricos de um Hospital nível II que realizaram teste respiratório com ureia marcada com carbono-13 para a infeção por HP, entre 1 de janeiro de 2017 e 30 de junho de 2022 (5 anos e 6 meses), para avaliar se as estratégias estão de acordo com as diretrizes da ESPGHAN 2016.

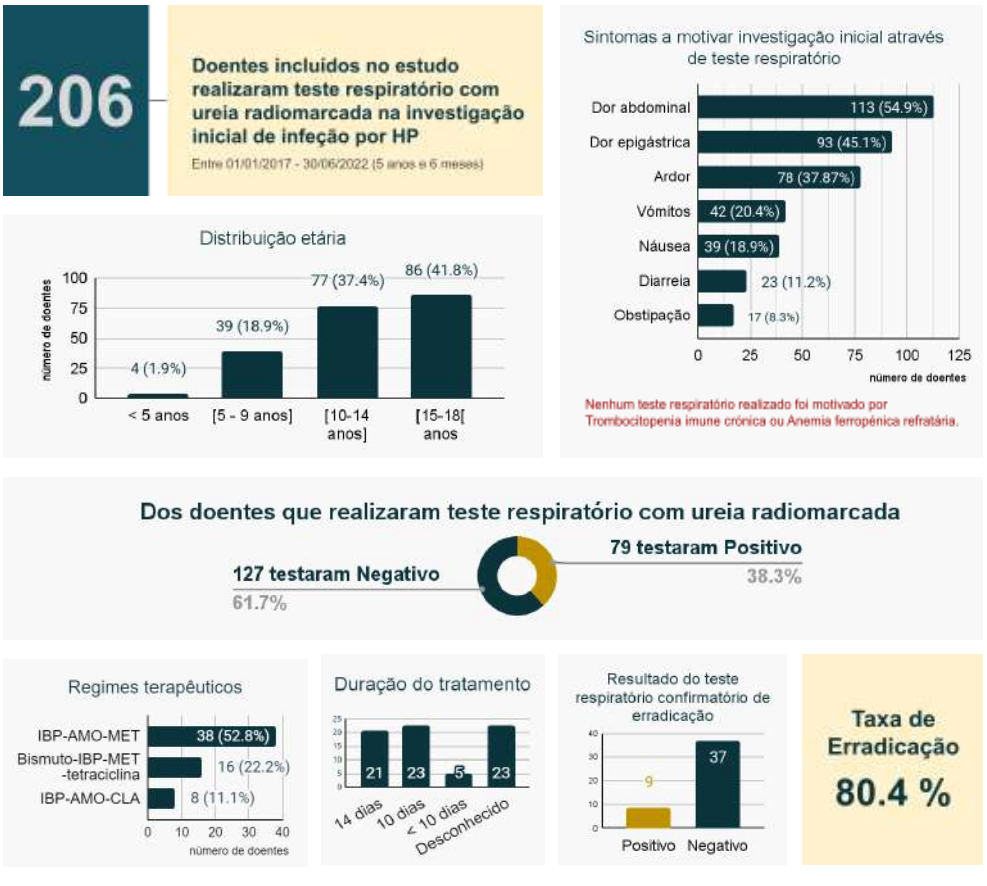
Resultados

Os sintomas dispépticos foram o motivo mais frequente para a investigação da infecção por HP. Dos 206 doentes que realizaram teste respiratório na investigação inicial, 79 (38,3%) apresentaram resultado positivo – destes: 15 (18,9%) realizaram endoscopia digestiva alta; nenhum doente revelou úlcera péptica; a suscetibilidade aos antibióticos não foi estudada em nenhum dos doentes; e 72 (91,1%) realizaram tratamento empírico. A avaliação de erradicação pós-tratamento através de teste respiratório foi realizada por 63,9% e a taxa de erradicação calculada foi de 80,4%.

Conclusões

Os resultados do estudo revelaram uma taxa de erradicação inferior à recomendada (>90% segundo ESPGHAN) – reforçando a necessidade para revisão das estratégias atualmente adotadas. Apesar do teste respiratório da ureia ser não invasivo e barato, não está validado para uma estratégia de teste e tratamento em doentes pediátricos e não permite adequação no regime de tratamento numa era crescente de resistência antibiótica do HP e em que as baixas taxas de erradicação acarretam altos custos para o doente, a sua família e para a sociedade.

Palavras-chave: Helicobacter pylori, Teste respiratório com ureia marcada com carbono-13, Resistência aos antimicrobianos



HP: Helicobacter pylori; IBP: Inibidor de bomba de protões; AMO: Amoxicillina; MET: Metronidazol; CLA: Claritromicina.

PD-305 – (23SPP-12839) – DISLIPIDEMIA EM IDADE PEDIÁTRICA: O QUE CAUSA E COMO EVOLUI?

Joana Ester Batista[1]; Inês Lemos Martins[1]; Cecília Gomes Pereira[1]; Helena Ferreira[1]; Miguel Salgado[1]; Andreia Lopes[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução e Objectivos

A prevalência da dislipidemia em idade pediátrica está a aumentar devido a erros alimentares e sedentarismo. O objetivo deste trabalho foi analisar as referenciações à consulta de Pediatria por dislipidemia, num hospital nível II.

Metodologia

Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes em idade pediátrica, referenciados à consulta de Pediatria por dislipidemia entre 2014 e maio de 2023.

Resultados

Incluíram-se 77 crianças, 63,6% do sexo feminino, média de idades na primeira consulta 10±4 anos (2-18 anos). No estudo analítico que motivou a referenciação, 81,8% apresentava hipercolesterolemia, 3,9% hipertrigliceridemia e 14,3% dislipidemia mista. Nos familiares de 1º grau, 64,9% tinham dislipidemia e 11,7% doença cardiovascular em idade precoce. Cerca de 80,5% tinham fatores de risco pessoais, sendo os mais comuns a dieta rica em açúcar e gorduras (67,5%) e sedentarismo (33,8%). Ademais, 6,5% eram obesos e 18,2% tinham excesso de peso. Foi realizado estudo genético em 22,1%, que foi positivo em 13% tendo sido encontrado como causas primárias de dislipidemia casos de dislipidemia familiar combinada e hipercolesterolemia familiar. O tratamento em 87% baseou-se apenas em alterações do estilo de vida, tendo os valores normalizado em 43,3%. Nos restantes 13% foi associada terapêutica farmacológica com normalização dos valores em 60%. Verificou-se uma diminuição significativa dos valores de LDL na reavaliação 6 meses após tratamento ($p<0,01$), não havendo diferença entre os dois grupos ($p=0,36$).

Conclusões

Verificaram-se erros alimentares e sedentarismo em 80,5% dos doentes, sendo a obesidade a principal causa secundária de dislipidemia. Embora pouco frequente, as causas monogénicas requerem medicação com maior frequência, pelo que é importante o seu rastreio.

Palavras-chave: dislipidemia; obesidade; erros alimentares; sedentarismo

PD-306 – (23SPP-12923) – UMA CAUSA DE ICTERÍCIA COMUM COMO CAUSA RARA DE ICTERÍCIA NEONATAL

Joana Branco[1]; Maria Beatriz Morais[2]; Catarina Rúbio[2]; Florbela Cunha[2]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira

Introdução / Descrição do Caso

A icterícia neonatal é uma situação muito frequente e, em cerca de 45% dos casos, a sua etiologia é desconhecida. O Síndrome de Gilbert (SG) é uma doença hereditária autossómica dominante condicionada por uma diminuição da atividade da Glucoronil transferase e que, habitualmente, se manifesta por icterícia ligeira e intermitente na adolescência.

Descreve-se o caso de um RN melanodérmico que iniciou icterícia às 40 horas de vida. De antecedentes pessoais, destaca-se uma gravidez mal vigiada, parto distócico por cesariana, fórceps e ventosa às 41 semanas e 2 dias e um peso ao nascer de 3890g e, de antecedentes familiares, uma mãe com Hepatite B e grupo sanguíneo (GP) 0 Rh^+. Realizou vacina anti-Hepatite B e Imunoglobulina nas primeiras 12 horas de vida. Ao exame objetivo, apresentava icterícia das escleróticas e ausência de cefalohematoma. Analiticamente, com Reticulócitos 20,4%, GP B Rh^+, Teste de Coombs direto negativo, transaminases, GGT e fosfatase alcalina normais, Bilirrubina total (Bt) de 24,92 mg/dL e direta de 0,44 mg/dL. Fez-se 3 ciclos de fototerapia intensiva e manteve-se sob fototerapia simples até ao 7º dia de vida, tendo tido alta com Bt de 10 mg/dL. Na investigação etiológica, verificou-se doseamento normal de Glucose-6-Fosfato-Desidrogenase e no estudo molecular do Síndrome de Gilbert foi detetada em homozigotia a variante UGTA1*28[TA]7.

Comentários / Conclusões

O SG raramente se associa a icterícia com necessidade de tratamento. Existem estudos que mostram que a mutação apresentada por este doente se pode associar a icterícia no período neonatal. Pretendemos com este caso clínico alertar que, apesar de raro, o diagnóstico de SG deve ser considerado na presença de hiperbilirrubinemia neonatal patológica, na ausência de outro diagnóstico.

Palavras-chave: Síndrome de Gilbert; Icterícia Neonatal

PD-307 – (23SPP-12947) – HEMATOQUÉZIAS NA ADOLESCÊNCIA – OS MESMOS SINTOMAS, DIFERENTES DIAGNÓSTICOS

Joana Branco[1]; Inês Pereira Soares[2]; Inês Azevedo Carvalho[2]; Catarina Rúbio[2]; Florbela Cunha[2]; Sofia Bota[3]

1 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Vila Franca de Xira; 3 – Unidade de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica, CHULC – Hospital Dona Estefânia

Introdução / Descrição do Caso

A Hemorragia Digestiva Baixa (HDB) é uma causa frequente de ida ao Serviço de Urgência (SU) e a abordagem diagnóstica depende da faixa etária. Apresentamos dois casos de adolescentes que recorreram ao SU com hematoquézias.

Rapariga, 15 anos, sem antibioticoterapia (AB) recente, observada no SU por vómitos e diarreia sanguinolenta com um dia de evolução. Sem alterações ao exame objetivo (EO). Coprocultura, pesquisa de rotavírus/ adenovírus e *Giardia Lamblia* com resultado negativo. Pesquisa de toxina do *Clostridium difficile*positiva. Realizou 10 dias de metronidazol, estando atualmente assintomática.

Rapaz, 14 anos, observado no SU por diarreia sanguinolenta com 14 dias de evolução e perda ponderal de 6 Kg. Ao EO, apresentava palidez cutânea e das mucosas e taquicardia. Dos exames complementares de diagnóstico realizados, destaca-se ecografia abdominal com "edema inflamatório do tecido adiposo e conjuntivo que envolve a última ansa intestinal do delgado na fossa ilíaca direita", Hemoglobina 9,2 g/dL, Velocidade Sedimentação 65 mm/h e Calprotectina de 3967 ug/g. Coprocultura, pesquisa de rotavírus/ adenovírus, *Giardia Lamblia* e toxina do *Clostridium difficile* com resultado negativo. Após discussão com Gastrenterologia Pediátrica ficou internado sob AB tripla (Cefotaxima, Gentamicina e Metronidazol) com melhoria clínica. Alta referenciado à consulta onde realizou colonoscopia com diagnóstico de Colite Ulcerosa.

Comentários / Conclusões

O 1º caso ilustra uma Colite por *Clostridium difficile*, causa rara de HDB numa adolescente saudável e sem AB prévia. No entanto, com bom prognóstico após tratamento adequado. No 2ºcaso, uma Colite Ulcerosa cujo diagnóstico e, consequente, tratamento atempado, leva a uma melhoria significativa do prognóstico.

Palavras-chave: Hemorragia Digestiva Baixa; Clostridium difficile; Colite Ulcerosa

PD-308 – (23SPP-13064) – PFIC TIPO 3: CITOCOLESTASE PERSISTENTE E HEPATOESPLENOMEGALIA EM LACTENTE

Inês Noites[1]; Raquel Amaral[1]; Isabel Gonçalves[2]

1 – Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 2 – Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A Colestase Intrahepática Familiar Progressiva (PFIC) é um grupo heterogéneo de doenças hepáticas hereditárias, que se caracteriza por colestase precoce, má absorção e prurido, com evolução progressiva para cirrose e insuficiência hepática. A PFIC tipo 3 associa-se a mutações no gene ABCB4/MDR3 e é o subtipo mais raro. Distingue-se dos restantes tipos de PFIC pela elevação sérica persistente da GGT.

Um lactente de 10 meses, do sexo masculino, sem antecedentes pessoais nem familiares relevantes, foi referenciado à consulta por hepatoesplenomegalia, citocolestase e má progressão ponderal. Nos três meses precedentes, destacam-se múltiplas infeções respiratórias, coincidentes com a entrada na creche. Negava icterícia, colúria, acolia ou prurido. Objetivamente, normoponderal, com hepatomegalia e esplenomegalia palpável 4cm e 2cm abaixo da grelha costal, respetivamente. Analiticamente com hipertransaminémia (AST 142 U/L, ALT 267U/L) e elevação da GGT (152U/L) persistentes, com bilirrubinas normais e elevação dos ácidos biliares totais séricos (19,2umol/L). Foram excluídas outras causas intra- e extra-hepáticas de citocolestase. Realizou ecografia abdominal que revelou hepatoesplenomegalia sem hipertensão portal e biópsia hepática com hepatite portal e fibrose septal completa em evolução cirrótica. O diagnóstico de PFIC tipo 3 foi estabelecido após confirmação genética. Iniciou terapêutica com ácido ursodesoxicólico, tendo evoluído favoravelmente com normalização do perfil hepático.

Comentários / Conclusões

Pretende-se com este caso dar a conhecer a PFIC tipo 3 como diagnóstico diferencial de colestase persistente em idade pediátrica e reiterar a importância de um diagnóstico precoce pelo impacto prognóstico a que se associa.

Palavras-chave: Colestase Intrahepática Familiar Progressiva, PFIC Tipo 3, Hipertransaminémia, Citocolestase, Idade Pediátrica

PD-309 – (23SPP-13049) – PATOLOGIA ANORRETAL NUM HOSPITAL NÍVEL II – O CONTEXTO PEDIÁTRICO

Inês Lemos Martins[1]; Margarida Dias[1,2]; Patrícia Sousa[1]; Miguel Salgado[1]; Andreia Lopes[1]; Helena Ferreira[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; 2 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma Gestão da Mulher e Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

Introdução e Objectivos
A patologia anorretal benigna inclui um grupo de alterações que frequentemente causam desconforto e limitação funcional. Esta casuística visa caraterizar esta patologia na população pediátrica, pouco abordada na literatura.

Metodologia
Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes orientados para consulta de Pediatria de um hospital nível II, desde 2017, por suspeita de patologia anorretal ou em que a mesma foi identificada na primeira consulta.

Resultados
Foram identificados 63 doentes com uma mediana de 7 anos (4 meses-17 anos), 50,8% do sexo feminino. As patologias identificadas incluem fissura anal (60,3%), mariscas (33,3%), hemorroidas (23,8%), prolapso retal (9,5%), abcesso (4,8%) e fístula perianal (4,8%). Os sintomas mais frequentes foram retorragias (74,6%) e obstipação (73,0%). Analisando por subgrupos, verificou-se a predominância das mesmas queixas nos casos de fissura anal, marisca perianal e hemorroidas. Nos de prolapso, prevaleceu a obstipação (50,0%) e nos de abcesso e fístula perianal a drenagem purulenta (66,7%). Em 72,6% dos casos, realizou-se investigação complementar através de estudo analítico (64,5%), imagiológico (31,1%) e/ou endoscópico (13,1%). Obstipação funcional foi a etiologia principal (68,3%), sendo também diagnosticados casos de doença inflamatória intestinal (6,3%), doença celíaca (1,6%) e doença de Hirschsprung (1,6%). Necessitaram de terapêutica médica e/ou cirúrgica dirigida 95,2% dos casos.

Conclusões
As principais manifestações anorretais são secundárias a patologia benigna, autolimitada e de bom prognóstico, mas o seu estudo e seguimento é fundamental para excluir doenças mais raras, de prognóstico reservado e dependentes de tratamento específico.

Palavras-chave: patologia anorretal, obstipação, retorragias, fissura anal, marisca perianal, hemorroida, prolapso retal, abcesso perianal, fístula perianal

PD-310 – (23SPP-12778) – UMA CAUSA RARA DE DÉFICE DE VITAMINA B12 EM IDADE PEDIÁTRICA

Daniela Couto[1]; Nuno Lourenço[1]

1 – CHUCB

Introdução / Descrição do Caso
A vitamina B12 tem um papel importante na hematopoiese e mecanismos neuronais. O seu défice tem várias etiologias, sendo fundamental fazer o diagnóstico e tratamento atempados. O tratamento é habitualmente realizado via intramuscular, mas a suplementação oral é também eficaz e tem menores custos. Adolescente 17 anos, iraquiano, refugiado em Portugal. Seguimento em consulta de Pedopsiquiatria por stress pós-traumático com alteração de comportamento e episódios de heteroagressividade. Submetido a avaliação analítica – Hb 15g/dL, VCM 97.8fL, HCM 33.4pg, Plaquetas 135000/uL e Vitamina B12 90.3pg/mL. Assintomático. Regime alimentar não *vegan*/vegetariano. Dos antecedentes, apurou-se consumo regular de álcool desde os 7 anos (por vezes, 1 garrafa whisky por dia). Atualmente, consumo 140g de álcool por semana. Sem antecedentes cirúrgicos. Ao exame objetivo, magreza e atrofia muscular. Exame neurológico e reflexos osteotendinosos normais. Dados antecedentes de múltiplas faltas a consultas e garantida a supervisão na toma de medicação, decidido iniciar suplementação oral de vitamina B12 (1mg 1x/dia). Reavaliação analítica em 4 meses, com vitamina B12 329.9pg/mL. Rastreio de doença celíaca e anticorpo anti-fator intrínseco negativos e anticorpo anti-células parietais duvidoso. Adolescente recusou manter seguimento, pelo que não foi possível concluir estudo.

Comentários / Conclusões
Pretendemos alertar para uma causa de défice de cianocobalamina que, embora rara em idade pediátrica, deve ser tida em conta nos adolescentes, dada possibilidade de comportamentos de risco nesta faixa etária. Tendo em conta as opções terapêuticas, verificamos que a administração oral de Vitamina B12 mostrou-se eficaz, tal como relatado na literatura.

Palavras-chave: Vitamina B12, Consumo abusivo álcool, Adolescente

PD-311 – (23SPP-12894) – DOENÇA CELÍACA EM IDADE PEDIÁTRICA – A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL NÍVEL II

Cláudia Ribeiro De Moura[1]; Andreia Preda[1,2]; Lucinda Amorim Delgado[1]; Andreia Lopes[1]; Helena Ferreira[1]; Miguel Salgado[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução e Objectivos

A doença celíaca (DC) é uma condição auto-imune com prevalência crescente. Desta forma, visamos avaliar as características dos doentes pediátricos celíacos seguidos num hospital nível II.

Metodologia

Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes celíacos seguidos em consulta de Pediatria desde 2017.

Resultados

Foram incluídos 21 doentes, 71.4% sexo feminino, média de idades ao diagnóstico 8.4±5.0 anos (mínimo 20 meses, máximo 17 anos). Destes, 14.3% apresentavam outra doença auto-imune prévia ao diagnóstico, 4.8% défice de imunoglobulina A e 14.3% familiares em 1º grau com DC.

As manifestações gastrointestinais (GI) estavam presentes em 66.6% dos doentes, sendo a mais comum a diarreia crónica (38.1%). As manifestações extraintestinais (não GI) foram reportadas em 52.4% dos doentes, sendo a mais comum a estomatite aftosa recorrente (14.3%). Cerca de 14.3% dos doentes foram diagnosticados em rastreio por pertencerem a grupos de risco.

A maioria dos doentes (53.3%) apresentou tempo de evolução sintomática até diagnóstico inferior a 12 meses (sem diferenças entre grupo GI e não GI, $p = 0,17$). A abordagem diagnóstica sem biópsia duodenal foi utilizada em 19% dos casos. O ano com maior percentagem diagnóstica foi 2021 (28.6%).

A adesão à dieta sem glúten foi conseguida em 78.9% dos doentes. Registou-se normalização serológica em 75% dos doentes, ao final de uma mediana de 11.5 meses (sem diferenças entre grupo GI e não GI, $p = 0,9$).

Conclusões

Alerta-se para a possibilidade de apresentação da doença com manifestações não GI, presentes numa proporção próxima à descrita na literatura (até 60%). De constatar que as diferentes formas de apresentação (GI e não GI) não condicionaram diferenças significativas nos tempos para diagnóstico e normalização serológica.

Palavras-chave: Doença celíaca, Diarreia crónica, Estomatite aftosa recorrente, Dieta sem glúten

PD-312 – (23SPP-12900) – ANEMIA AGUDA DE ETIOLOGIA GASTROINTESTINAL RARA EM IDADE PEDIÁTRICA – RELATO DE UM CASO

Catarina Barros Azevedo[1]; Beatriz De Sousa[1]; Tiago Lima Capela[2,3,4]; Andreia Lopes[1]; Francisca Dias De Freitas[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; 2 – Serviço de Gastrenterologia, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães; 3 – Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Faculdade de Medicina, Universidade do Minho, Braga; 4 – ICVS/3B's, Laboratório Associado, Braga

Introdução / Descrição do Caso

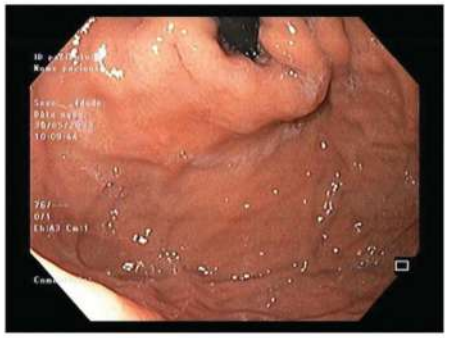
A anemia aguda é incomum em idade pediátrica, sendo os distúrbios hemolíticos e hemorrágicos as etiologias mais frequentes. Das causas hemorrágicas, a origem gastrointestinal é a mais comum.
Sexo masculino, 16 anos, sem antecedentes de relevo, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor abdominal intermitente periumbilical, 5/10, início gradual, com 4 dias de evolução, que cedia parcialmente a ibuprofeno (12mg/kg/dose 8/8h, 3 dias), sem outras alterações. Objetivamente e analiticamente sem alterações e teve alta com vigilância. Em D12, por palidez e astenia, regressa ao SU. Encontrava-se hemodinamicamente estável, taquicárdico e pálido, sem organomegalias ou adenopatias palpáveis.

Analiticamente com anemia normocítica normocrómica (Hb 8.5g/dL, VCM 88.4fL, MCH 33.2pg, CHCM 35.9g/dL), reticulocitose (96900/uL) e ferropenia (ferritina 9.3ng/dL), com esfregaço de sangue periférico e marcadores de hemólise sem alterações. Tomografia computadorizada toracoabdominopelvica normal. Internado para investigação etiológica. Em D1 internamento, objetivadas melenas e agravamento da anemia (6.7g/dL), foi realizada endoscopia digestiva alta que revelou úlcera do bulbo (5 mm, *Forrest* III). Exame histológico com gastrite crónica e presença de *Helicobacter Pylori*. Apresentou evolução clínica favorável e teve alta orientado para consulta de Gastrenterologia e medicado com pantoprazol e antibioterapia.

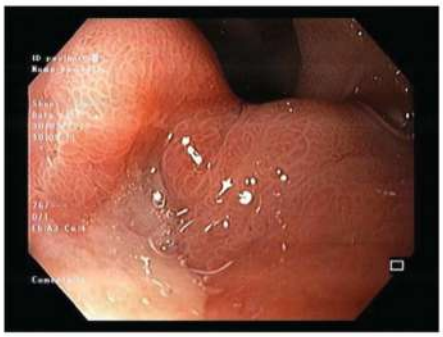
Comentários / Conclusões

A doença ulcerosa péptica, uma entidade rara em idade pediátrica, pode ser causada por infeção (H. Pylori) e/ou anti-inflamatórios não esteróides, sendo a hemorragia aguda a complicação mais frequente. Este caso clínico salienta a importância de uma célere abordagem diagnóstica e terapêutica da anemia aguda, de forma a evitar compromisso hemodinâmico.

Palavras-chave: Anemia aguda, Doença ulcerosa péptica, Hemorragia gastrointestinal, Helicobacter Pylori, Melenas

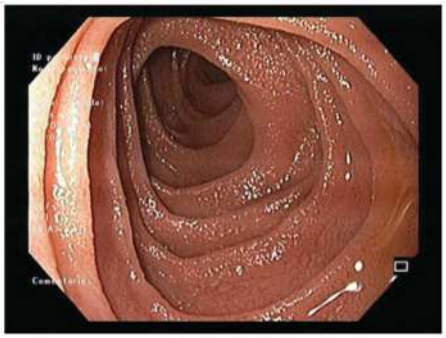


Fundo



Bulbo - ulcera

Bulbo - ulcera



D2

PD-313 – (23SPP-12915) – APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA DE DUAS DOENÇAS COMUNS: EFEITO POTENCIADOR DE GRAVIDADE?

Ana João Fernandes[1]; Tatiana Moreira[2]; Joana Figueirinha[3]; Raquel Cardoso[3]; Soraia Tomé[3]; Eunice Trindade[2]

1 – Hospital de Braga; 2 – Centro Hospitalar São João; 3 – Centro Hospitalar Médio Ave

Introdução / Descrição do Caso

Introdução:
A intolerância à proteína do leite de vaca (IPLV) é uma situação comum em idade pediátrica com expressão clínica variada.
Descrição do caso:
Lactente 4 meses, levada ao serviço de urgência por diarreia com 2 semanas de duração e vómitos com 1 dia de evolução. Sob aleitamento misto desde o nascimento. Ao exame objetivo na admissão apresentava olhos ligeiramente encovados, mucosas coradas e hidratadas, fontanela anterior normotensa e pulsátil; sem outras alterações ao exame objetivo. Foi internada no serviço de pediatria com o diagnóstico de gastroenterite aguda com desidratação leve. No internamento foi observado agravamento da desidratação (11,5%) e choque hipovolemico associado a lesão renal aguda. A pesquisa de rotavírus e astrovírus nas fezes foi positiva. Foram efetuadas várias tentativas de realimentação com fórmula para lactentes com recorrência dos vómitos e diarreia. Por suspeita de IPLV foi introduzida fórmula infantil extensamente hidrolisada (FIEH) sem melhoria consistente, pelo que acabou por iniciar fórmula elementar de aminoácidos (FEA), com boa tolerância. Dada a gravidade do quadro foi realizada retoscopia, cujas biopsias revelaram mucosa retal com alterações inflamatórias inespecíficas.
Em ambulatório foram realizadas tentativas de progressão para FIEH, com ocorrência de dejeções com sangue, pelo que mantem formula elementar de aminoácidos.

Comentários / Conclusões

Conclusão:
A associação temporal de duas patologias frequentes contribuiu provavelmente para a gravidade clínica da situação no caso da nossa doente. É previsível uma boa evolução com resolução da IPLV, pelo que novas tentativas de introdução de FIEH e posteriormente fórmula para lactentes serão realizadas oportunamente.

Palavras-chave: IPLV, Gastroenterite aguda

PD-314 – (23SPP-12837) – BRUCELOSE EM IDADE PEDIÁTRICA – UM CASO CLÍNICO

Maria Pereira[1]; Nancy Guerreiro[1]; Pedro Conceição[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução / Descrição do Caso

BRUCELOSE EM IDADE PEDIÁTRICA – UM CASO CLÍNICO
A brucelose é uma zoonose provocada principalmente pela bactéria *B. melitensis* que pode ter um curso agudo, sub-agudo ou crónico. Com o aumento do turismo para regiões endémicas desta bactéria, torna-se necessário o conhecimento das suas manifestações clínicas.
Apresentamos o caso duma doente de 14 anos, sexo feminino, que recorreu ao SU Pediátrica por cefaleia e dor epigástrica persistente de um dia de evolução, sem irradiação, associada a um episódio de palidez e tonturas coincidente com intensificação da dor. Sem febre, vómitos ou outros sinais de alerta, negava utilização de produtos de ervanária ou outra medicação de venda livre ou ingestão de queijo não pasteurizado.
A doente foi internada no Serviço de Pediatria. Por IgM positiva para Brucela iniciou terapêutica com gentamicina (10 dias) e doxiciclina (6 semanas). Após início de terapêutica verificou-se melhoria clínica e laboratorial.

Comentários / Conclusões

A Brucelose é uma doença pouco frequente com clínica inespecífica e potenciais complicações graves se não é atempadamente tratada. É uma zoonose com tratamento eficaz, mas sem profilaxia vacinal.
Para a diagnosticar o mais importante é pensar nela e tentar estabelecer um elo epidemiológico. Porem, nem sempre é possível.
O diagnóstico definitivo se depreende da cultura da bactéria num meio adequado ou de estudos serológicos. Embora atualmente, com a vacinação animal, se tem tornado menos frequente, devemos ter em conta esta hipótese diagnóstica.

Palavras-chave: Brucelose, febre, adolescente

PD-315 – (23SPP-12785) – UMA AMIGDALITE BACTERIANA TDAR NEGATIVA – CASO CLÍNICO

Sara Sousa Fernandes[1]; Mariana Santos Nobre[1]; Inês Eiras[1]; Margarida Moreno Fernandes[1,2]; Juliana Maciel[1]

1 – Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM); 2 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE)

Introdução / Descrição do Caso

A amigdalite aguda (AA) é uma das infeções mais comuns em idade pediátrica. Apesar da maioria das causas serem de etiologia vírica, as causas bacterianas não devem ser esquecidas pela necessidade de tratamento adequado e dirigido.

Criança, 4 anos, sexo feminino, saudável, recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de febre com 4 dias de evolução, odinofagia intensa e mal estar inespecífico. Múltiplas vindas prévias ao SU, onde se constatou amigdalite pultácea. Realizadas várias pesquisas de Streptococcus do Grupo A (SGA) por teste diagnóstico antigénico rápido (TDAR) com resultados negativos. Assumido diagnóstico de AA Vírica, tendo tido alta com medidas sintomáticas.

Na 4ª vinda ao SU, por persistência das queixas e ausência de melhoria, realizou estudo analítico com serologias víricas (EBV e CMV) negativas e elevação de parâmetros inflamatórios (PCR 18,67mg/dL). Por suspeita de infeção bacteriana, foi internada com Ceftriaxone.

Em D1 de internamento, observada assimetria amigdalina de novo, com acentuado edema e exsudado na amígdala esquerda, sem abaulamento do palato, desvio da úvula ou trismus – quadro compatível com Amigdalite Aguda de Plaut Vincent, tendo sido excluída presença de fleimão ou abcesso periamigdaliano. Alterada antibioterapia para Amoxicilina + Ácido clavulânico com melhoria franca e resolução do quadro.

Comentários / Conclusões

A amigdalite de Plaut Vincent é uma AA bacteriana, frequentemente unilateral, causada pelo bacilo anaeróbio Fusobacterium necrophorum, um microorganismo pertencente à flora da faringe e a 2ª causa mais comum de amigdalite bacteriana, etiologia frequentemente esquecida mas que se não tratada se associa a complicações graves e potencialmente fatais como o abcesso periamigdaliano e o síndrome de Lemierre.

Palavras-chave: Amigdalite Bacteriana, Assimetria Amigdalina, Teste Diagnóstico Antigénico Rápido

PD-316 – (23SPP-12802) – CEFALOHEMATOMA INFETADO

Miguel Lince Duarte[1]; Raquel Oliveira Inácio[1]; Manuela Campos Sousa[2]; José Augusto Costa[3]; Lia Gata[1,4]; Fernanda Rodrigues[1,4]

1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Santo André, Centro Hospitalar Leiria Pombal, Leiria; 3 – Serviço de Neurocirurgia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra; 4 – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

Cefalohematoma é uma lesão traumática que resulta de hemorragia no espaço subperiósteo durante ou após o parto. Manifesta-se geralmente entre o 1º e 3º dia de vida, apresentando resolução espontânea nas primeiras semanas a meses de vida. Pode raramente complicar com infeção.

Apresenta-se o caso de um recém-nascido (RN), com PN 4245g, nascido por parto eutócico, com alta no 2º dia de vida, com cefalohematoma parietal direito. Aos 20 dias foi notado aumento importante das dimensões do cefalohematoma, com aparecimento de pústula e com flutuação, associados a irritabilidade. Encontrava-se apirético. Na avaliação laboratorial apresentava Hb 10,9 g/dL; Leuc 20,5x10^9/L; Neu 10,1x10^3/L; pCr 13,7mg/dL e tempos de coagulação normais. Realizou TC-ce que mostrou volumoso cefalohematoma, hematoma subgaleal e irregularidade óssea parietal esquerda sugestiva osteomielite. Foi efetuada drenagem cirúrgica que deu saída a conteúdo purulento tendo iniciado vancomicina e cefotaxime. Foi identificada *E. coli* multisensível. Por manter supuração por dreno epicraneano, com culturas positivas para E. coli três semanas depois, foi reintervencionado, com curetagem subcutânea, tendo a cultura sido negativa. Esteve sempre apirético. O estudo da coagulação não apresentou alterações.

Manteve antibioterapia ev prolongada. A evolução clínica foi boa, tendo ficado sem sequelas.

Comentários / Conclusões

Apesar do cefalohematoma estar presente em 1 a 2% do RN, em particular em RN grandes para a idade gestacional, destacamos o facto de se ter tratado de um parto não instrumentado, a apirexia mantida, e a dificuldade de tratamento da infeção apesar de drenagem cirúrgica inicial e antibioterapia dirigida.

Palavras-chave: Cefalohematoma Infetado, Abscesso Subgaleal, E. coli

PD-317 – (23SPP-12842) – INFEÇÕES OSTEOARTICULARES EM IDADE PEDIÁTRICA – REALIDADE CRESCENTE?

Marta Isabel Dias[1]; Inês Patrício Rodrigues[1]; Rita Silva Pereira[1]; Vanessa Gorito[1]

1 – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução e Objectivos

As infeções osteoarticulares (IOA) apresentam grande morbilidade pediátrica.

Objetivo: Caracterizar os internamentos por osteomielite(OM), artrite sética(AS) e espondilodiscite(ED) num hospital nível II.

Metodologia

Estudo retrospetivo dos internamentos por IOA de 01/01/2009 a 31/05/2023.

Resultados

Identificaram-se 30 casos (20 OM, 5 ED, 6 AS), 63% sexo masculino, idade mediana 8 anos (2meses-16anos). Tempo médio de evolução até diagnóstico de 9 dias, 67% com recurso prévio ao SU. Trauma precedente em 31% e infeção respiratória em 40%.

Clinicamente: limitação funcional(43%), febre(67%), dor(87%), edema(40%), calor(33%) e rubor(20%). Analiticamente: elevação da VS (83%), da PCR (87%) e leucocitose com neutrofilia (40%).

Alterações analíticas e sintomas não têm relação com o tipo IOA.

Claudicação à admissão relaciona-se com cirurgia ($p<0.05$).

Staphylococcus aureus (*S. aureus*) identificado em 43%.

Todos realizaram RX (90% normal). Realizou-se TAC em 28 casos (93% sem alterações). Na AS, 67% têm alterações ecográficas.

A cirurgia associa-se significativamente com as sequelas ($p<0.01$).

A pseudoparalisia e a dor relacionam-se com reinternamento ($p<0.05$).

Apresentam sequelas 10%.

Conclusões

As IOA caracterizam-se pela dificuldade no diagnóstico precoce.

O agente mais comum é *S. aureus*, compatível com a literatura.

A claudicação associa-se a necessidade de cirurgia. O RX e TAC apresentam baixa acuidade diagnóstica, a ecografia tem papel relevante na AS. A pseudoparalisia e dor associam-se a necessidade de reinternamento.

PD-318 – (23SPP-12805) – DERMATITE PERIANAL ESTREPTOCÓCICA – UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Isabel Mota Pinheiro[1]; Bárbara Costa Correia[1]; Fábio Pereira[1]; Jorge Abreu Ferreira[1]; Ângela Machado[2]

1 – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 2 – Centro Hospitalar Médio Ave

Introdução / Descrição do Caso

A dermatite perianal estreptocócica é uma infeção cutânea superficial, habitualmente causada por Streptococcus do grupo A. Afeta sobretudo crianças entre os 6 meses e os 10 anos, sendo mais frequente no sexo masculino. Clinicamente pode apresentar-se com eritema perianal bem delimitado, podendo associar-se a fissuras anais, retorragias, prurido ou dor com a defecação, habitualmente na ausência de sintomas sistémicos. O diagnóstico definitivo é realizado com o exame cultural do exsudado perianal.

Criança com 6 anos, sexo masculino, sem antecedentes pessoais de relevo. Observado no SU por rubor perianal exuberante associado a dor local e com a defecação com 1 semana de evolução. A aplicar corticóide (probutato de hidrocortisona) e antifúngico (clotrimazol) tópicos, sem noção de melhoria. Associadamente apresentava tosse e uma dejeção semi-líquida diária, sem sangue ou muco, com o mesmo tempo de evolução. Sem febre ou outra sintomatologia associada.

Ao exame objetivo, apresentava bom estado geral e um eritema perianal circular bem delimitado (Figura 1), com aspeto exsudativo e doloroso ao toque. Restante exame sem particularidades. Realizada zaragatoa cutânea perianal para exame cultural que se revelou positivo para Streptococcus pyogenes, o que permitiu a confirmação do diagnóstico. Teve alta medicado com amoxicilina 50 mg/Kg/dia durante 10 dias com evolução clínica favorável.

Comentários / Conclusões

A dermatite perianal estreptocócica é frequentemente subdiagnosticada ou diagnosticada tardiamente. Assim, perante uma criança com eritema perianal associado ou não a dor com a defecação, exsudado ou prurido, deve suspeitar-se desta entidade clínica. A instituição adequada do tratamento evita a cronicidade e permite a resolução rápida da sintomatologia.

Palavras-chave: Eritema perianal, Streptococcus pyogenes

Fig. 1

PD-319 – (23SPP-12833) – TORCICOLO ADQUIRIDO EM IDADE PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Diana Valbom Gonçalves[1]; Dina Raimundo[1]; Sónia Almeida[1]; Sofia Figueiredo[1]; Maria Manuel Flores[1]

1 – Centro Hospitalar Baixo Vouga

Introdução / Descrição do Caso

O torcicolo adquirido na criança é uma manifestação clínica frequente de diversas etiologias músculo-esqueléticas (traumática, infeciosa, inflamatória e tumoral) e não músculo-esqueléticas (neurológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, gastroenterológica, infeciosa e tumoral). Assim, o espetro de gravidade é amplo, variando desde quadros autolimitados até graves e fatais.

Criança de 5 anos, sexo masculino, antecedentes pessoais irrelevantes, que recorreu ao Serviço de Urgência por desvio da cabeça para a direita desde esse dia. Associadamente apresentava febre com 24h de evolução, vómitos, tosse e dor torácica direita. Ao exame objetivo evidenciava torcicolo exuberante com desvio da cabeça para a direita e diminuição do murmúrio vesicular à direita, sem outras alterações.

A radiografia torácica revelou hipotransparência na metade inferior do hemitórax direito e desvio da coluna vertebral direita e a ecografia pulmonar hepatização do terço inferior do pulmão direito e derrame pleural ipsilateral. Analiticamente com leucocitose (24.30x10^9/L), neutrofilia (17.55x10^9/L) e pCr 17.26mg/dL. Pesquisa de vírus respiratórios negativa. Perante o diagnóstico de torcicolo adquirido por pneumonia bacteriana complicada, com adoção de posição antálgica, decidido internamento sob ceftriaxone endovenoso, que cumpriu durante 10 dias, com resolução clínica.

Comentários / Conclusões

Dadas as diversas etiologias e amplo espetro de gravidade do torcicolo adquirido na pediatria, a história clínica e o exame objetivo cuidados, bem como o conhecimento das possíveis causas subjacentes, são fundamentais para a descoberta da etiologia e correta investigação e orientação terapêutica. A pneumonia, apesar de não ser das causas imais frequentes de torcicolo, não deve ser esquecida.

Palavras-chave: Pneumonia, Derrame pleural, Torcicolo adquirido

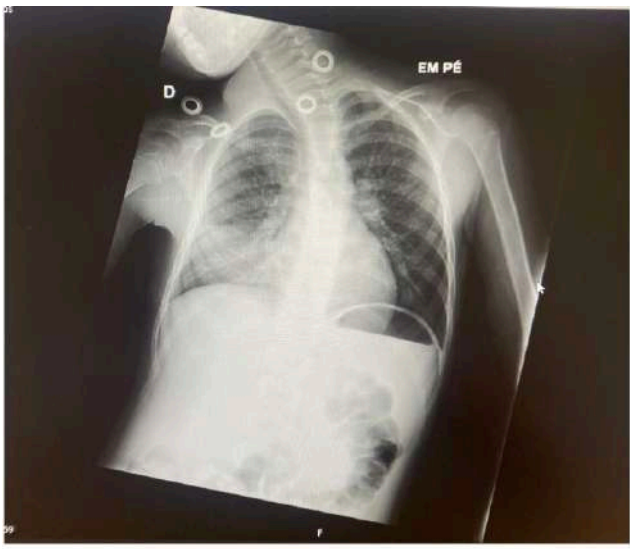


Fig 1. Radiografia torácica: Hipotransparência ½ inferior do hemitórax direito e desvio da coluna vertebral para a direita.

PD-320 – (23SPP-12791) – ERITEMA NODOSO COMO MANIFESTAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA COMUM

Débora Matias[1]; Inês Paiva Ferreira[1]; Bárbara Costa Correia[1]; Renata Luca[1]; Fábio Barroso[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

O eritema nodoso (EN) é uma reação de hipersensibilidade tardia, caracterizada tipicamente pela presença de nódulos cutâneos inflamatórios dolorosos. É raro em idade pediátrica e a sua etiologia é multifatorial, sendo as infeções a sua causa mais frequente.

Criança de 4 anos de idade, sexo feminino, sem antecedentes patológicos de relevo, observada no Serviço de Urgência por tosse e obstrução nasal com uma semana de evolução a que se associou exantema maculopapular sobretudo na região malar poupando a área peri-bucal, com resolução espontânea. Apresentava rubor e hipertrofia amigdalinos e adenopatias cervicais. Efetuou ecografia cervical que não relevou alterações e teste de antigénio para *Streptococcus pyogenes* que foi negativo. Teve alta com anti-inflamatório. Reobservada uma semana depois por febre e surgimento de lesões cutâneas na face anterior das tíbias. Ao exame físico apresentava lesões nodulariformes, eritematosas, com calor e dor associados localizadas na região pré-tibial bilateralmente (Figura 1). Da investigação etiológica realizada a destacar anticorpos antinucleares negativos, rastreio de tuberculose negativo e das serologias víricas/bacterianas solicitadas (vírus *Epstein-Barr,* Citomegalovírus, Parvovírus B19, HIV e *Mycoplasma pneumoniae*), a destacar IgM+ e IgG- para Parvovírus B19.

Foi estabelecido o diagnóstico de EN causado pela infeção por Parvovírus B19, tendo tido alta com ibuprofeno, repouso e elevação dos membros inferiores com resolução progressiva das lesões.

Comentários / Conclusões

A infeção por Parvovírus B19 geralmente manifesta-se como uma doença autolimitada, sendo raro o desenvolvimento de EN como complicação cutânea.

Palavras-chave: Eritema Nodoso, Parvovírus B19

PD-321 – (23SPP-12781) – TUMEFAÇÃO MAMÁRIA NO PERÍODO NEONATAL- A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Débora Matias[1]; Bárbara Costa Correia[1]; Isabel Mota Pinheiro[1]; Fábio Barroso[1]; Carla Brandão[1]; Rosa Barbosa[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

A mastite no 1º ano de vida ocorre tipicamente em lactentes do sexo feminino, de termo e com idade inferior a 2 meses. Habitualmente ocorre por disseminação bacteriana através da pele e/ou membranas mucosas para o tecido mamário. Em lactentes com infeção sistémica (maioritariamente por agentes gram-negativos) pode ocorrer disseminação hematogénica.

Recém-nascida de 16 dias, internada no Serviço de Pediatria por infeção do trato urinário por *Escherichia coli*, sob terapêutica com cefotaxima. No 8º dia de internamento desenvolveu tumefação mamária à direita, sem escorrência mamilar. Ao exame objetivo apresentava edema e rubor locais, sem desconforto ao toque e sem flutuação, achados estes sugestivos de mastite neonatal (Figura 1). Realizou ecografia mamária que mostrou alterações edematosas/inflamatórias adjacentes ao botão mamário direito sem formações abcedadas. Cumpriu 8 dias de terapêutica com flucloxacilina endovenosa com resolução gradual e completa dos sinais inflamatórios.

Comentários / Conclusões

A maioria dos lactentes com mastite tem um prognóstico excelente, sem sequelas a longo prazo. As recorrências são raras.

Palavras-chave: Mastite, Neonatal

PD-322 – (23SPP-12770) – OSTEOMIELITE PÓS-VARICELA: UMA COMPLICAÇÃO A NÃO ESQUECER

Débora Matias[1]; Ana Margarida Leite[1]; Joana Baptista De Lima[2]; Fábio Barroso[1]; Lucília Vieira[1]; Joana Soares[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

A infeção por varicela na maioria dos casos é benigna e autolimitada. A complicação por osteomielite pós-varicela é rara (cerca de 8%), na maioria das vezes ocorre por disseminação hematogénica e em idade pediátrica pode ser secundária a infeção por *Streptococcus pyogenes*. Criança de 4 anos, sexo masculino, com antecedente de Perturbação do Espectro do Autismo, observado no Serviço de Urgência por exantema vesiculo-papular disperso associado a febre e claudicação. Ao exame objetivo apresentava exantema compatível com varicela e edema, rubor e calor do pé direito, com dor à mobilização. Estudo analítico e radiografia do pé sem alterações. Iniciou aciclovir, ceftriaxone e clindamicina. Hemocultura com crescimento de *Streptococcus pyogenes*. Durante o internamento, por persistência de sinais inflamatórios locais associados a dor e claudicação, realizou ecografia e radiografia do pé sem alterações e ressonância magnética com alterações sugestivas de osteomielite no primeiro metatarsiano, segundo cuneiforme e escafóide társico. Cumpriu 3 semanas de terapêutica endovenosa com ceftriaxone e clindamicina com boa evolução clínica. Teve alta com cefixima oral orientado para consulta de Ortopedia. Mantém seguimento em consulta de Ortopedia, realizou radiografia do pé tendo sido observadas lesões sequelares de osteomielite.

Comentários / Conclusões

Apesar de rara, a osteomielite deve ser uma complicação a ter em consideração em crianças com varicela que desenvolvam claudicação ou dor osteoarticular.

Palavras-chave: Osteomielite, Varicela, Streptococcus pyogenes, Infeção osteoarticular

PD-323 – (23SPP-12792) – COMPLICAÇÃO DE MASTOIDITE EM IDADE PEDIÁTRICA – UM CASO RARO

Daniela Couto[1]; Ana Rita Fradique[2]; Nuno Lourenço[1]; Mariana Amaral[3]; João Fonseca[3]

1 – CHUCB; 2 – HPC-CHUC; 3 – CHUC

Introdução / Descrição do Caso

A mastoidite aguda (MA) é uma complicação da otite média aguda (OMA) que pode provocar complicações intracranianas graves, como a trombose dos seios venosos.

Rapaz 12 anos, previamente medicado com Amoxicilina por OMA esquerda. Observado 3 semanas depois por reaparecimento de febre, otalgia esquerda, odinofagia, vómitos e dor cervical com 4 dias de evolução. Exame objetivo com trismus, hiperemia amigdalina e rubor timpânico esquerdo. Sem défices neurológicos. Analiticamente 15600 leucócitos/uL, 14600 neutrófilos/uL, PCR 23mg/dL, PCT 12ng/mL. Ficou internado, medicado com Ceftriaxone+Clindamicina e Metilprednisolona. Em D1 internamento realiza TC crânio-encefálica e de ouvidos que confirmou MA esquerda. Em D8 internamento, início de cefaleia súbita com despertar noturno. Repetiu TC que evidenciou presença de trombose dos seios venosos transverso e sigmóide esquerdos com extensão à veia jugular interna ipsilateral. Transferido para hospital de referência e submetido a timpanomastoidectomia esquerda com colocação de tubo de ventilação transtimpânico. Iniciou anticoagulação em dose terapêutica com heparina. Persistência de diplopia e limitação na abdução ocular no pós-operatório, apresentando papiledema compatível com quadro de hipertensão intracraniana, tendo iniciado Acetazolamida. Manteve antibioterapia endovenosa e anticoagulação com boa evolução clínica e imagiológica. Teve alta medicado com Cefuroxima, Rivaroxabano® e Acetazolamida, mantendo seguimento em consulta de ORL e Neuropediatria.

Comentários / Conclusões

A trombose dos seios venosos, apesar de rara, deve ser considerada se agravamento do quadro clínico com aparecimento de cefaleia de novo ou alterações neurológicas. O prognóstico é favorável, mas 10% dos doentes podem ter sequelas.

Palavras-chave: Mastoidite aguda, Trombose venosa cerebral, Hipertensão intracraniana, Otite média aguda

PD-324 – (23SPP-12810) – TRATAMENTO CONSERVADOR DE ABCESSOS RETROFARÍNGEOS: UMA ABORDAGEM POSSÍVEL

Beatriz Craveiro Nunes[1]; Beatriz Falcão Cardoso[2]; Inês Paiva Ferreira[1]; Joana Ferreira[3]; Sofia Pimenta[1]; Carla Brandão[1]; Rosa Barbosa[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

O abcesso retrofaríngeo é uma infeção supurativa do pescoço pouco frequente em idade pediátrica mas potencialmente grave. O SGA é o principal agente etiológico. O diagnóstico é confirmado por TC cervical ou drenagem cirúrgica purulenta. Sendo a obstrução da via aérea (VA) uma possível complicação, é importante o tratamento atempado.

Caso 1: Criança, 3 anos, saudável, trazido ao SU em D6 por febre, odinofagia, dor abdominal e recusa alimentar. Previamente medicado em D3 com amoxicilina + ácido clavulânico (AAC), sem melhoria clínica. Na admissão apresentava exsudado purulento amigdalino esquerdo e adenopatias cervicais dolorosas, sem outros sinais inflamatórios. Do estudo efetuado, destacava-se o aumento dos parâmetros inflamatórios, hemocultura estéril, teste diagnóstico antigénico rápido (TDAR) negativo e TC cervical que revelou abcesso pré-vertebral com 8x40mm.

Caso 2: Criança, 5 anos, saudável, encaminhado ao SU em D3 por febre, odinofagia, torcicolo e recusa alimentar. Na admissão com torcicolo direito associado a adenopatias cervicais esquerdas, amígdalas hipertrofiadas e ruborizadas. Analiticamente com aumento dos parâmetros inflamatórios, hemocultura estéril, TDAR negativo e TC cervical com nódulo retrofaríngeo esquerdo supurado 30x17x16mm. Ambos cumpriram 7 dias de ceftriaxone (80 mg/kg/dia) e clindamicina (40 mg/kg/dia) endovenosa com boa evolução clínica. Completaram 14 dias no domicílio com AAC oral. Foram orientados para consulta de otorrinolaringologia, sem recidiva clínica.

Comentários / Conclusões

A abordagem terapêutica é variável estando a drenagem cirúrgica indicada em caso de comprometimento da VA, abcessos de grandes dimensões ou falência da antibioterapia. Nos casos descritos a evolução foi favorável pelo que esta não foi necessária.

Palavras-chave: Abcesso retrofaríngeo, TC cervical, Drenagem cirúrgica

PD-325 – (23SPP-12801) – SÍNDROME DE ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS – APRESENTAÇÃO ATÍPICA DA INFECÇÃO POR INFLUENZA A H3

Adelina Sitari[1]; Ana Filipa Lima[1]; Catarina Ferreira[1]; Joana Capela[1]; Noémia Silva[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Introdução / Descrição do Caso

A síndrome de Alice no País das Maravilhas (SAPM) é uma entidade rara que pode ocorrer no contexto de lesões cerebrais, patologia psiquiátrica, doenças infecciosas ou exposição a tóxicos/fármacos. Descreve-se o caso de um rapaz de 10 anos, previamente saudável, que foi admitido no serviço de urgência de pediatria por odinofagia e febre com um dia de evolução. Referia alterações da visão bilateralmente, caracterizadas por cromatopsia marrom e micropsia. Ao exame objetivo observou-se hiperemia da orofaringe sem exsudado, sinais meníngeos ausentes. O exame neurológico e a fundoscopia foram normais. TAC-CE não apresentava alterações.
A pesquisa do antigénio do streptoccocus β-hemolítico grupo A e a pesquisa de substâncias tóxicas foram negativas. As serologias para EBV, Mycoplasma, Varicela-Zoster e Borrelia foram negativas. O painel de vírus respiratórios (Multiplex PCR) foi positivo para Influenza A H3. Optou-se por tratamento sintomático, havendo recuperação completa após uma semana e sem recidivas.

Comentários / Conclusões

A síndrome de Alice no País das Maravilhas representa um exemplo notável de como a infeção por Influenza A H3 pode manifestar-se de maneira atípica. Através desse caso clínico, fica evidente a importância de considerar uma gama variada de sintomas neurológicos em doentes com infeções virais, especialmente quando relacionados a alterações perceptuais. É fundamental descartar outras patologias graves, como lesões cerebrais ou disfunções neurológicas, por meio de avaliações clínicas criteriosas e testes apropriados.

Palavras-chave: Síndrome de Alice no País das Maravilhas, Influenza A H3, Cromatopsia, Micropsia

PD-326 – (23SPP-12590) – TRÊS CASOS DE SÍNDROME DE ZELLWEGER – UMA ABORDAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Rafael Inácio[1]; Catarina Salgado[1]; Rosário Ferreira[1]; Patrícia Janeiro[1]; Sofia Quintas[1]; Maria João Palaré[1]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução / Descrição do Caso

A Síndrome de Zellweger é uma doença rara, autossómica recessiva do espectro de doenças da biogénese dos peroxissomas, sem tratamento curativo e habitualmente fatal em idade precoce.
Descrevem-se três casos de crianças com Síndrome de Zellweger com apresentação típica: dismorfias craniofaciais, hipotonia generalizada grave, hipoglicemia e convulsões neonatais. Nos três casos foi realizada confirmação genética por sequenciação do gene PEX.
Todos foram referenciados à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátrica (EIHSCPP) para controlo sintomático, articulação de cuidados e prestação de apoio domiciliário. Dois casos foram referenciados à Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da área de residência com articulação de valências entre ambas as equipas. Todos necessitaram de suporte respiratório (O2 de longa duração e CPAP) e nutricional (SNG) domiciliário. Os óbitos ocorreram aos 7, 3 e 6 meses, dois casos no domicílio e um no internamento. Num dos casos de óbito no domicílio a ECCI efetuou visita uma semana depois. No outro caso de óbito no domicílio, o mesmo ocorreu numa comunidade Islâmica com interferência externa limitada. No caso do óbito em internamento, a criança esteve sempre acompanhada pelos pais, tendo recebido visita de familiares. Em todos os casos a EIHSCPP instituiu o protocolo de apoio ao luto. Num dos casos foi prestado apoio psicológico à mãe e irmãos da criança.

Comentários / Conclusões

A integração multidisciplinar diferenciada e a referenciação precoce à EIHSCPP foi primordial na antecipação e articulação de cuidados, gestão multifatorial dos sintomas e prestação de suporte emocional e espiritual, traduzidos em benefícios fundamentais para as crianças e famílias.

Palavras-chave: Síndrome de Zellweger, Articulação de cuidados, Apoio domiciliário, Suporte emocional

PD-327 – (23SPP-12911) – QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA COMPLEXA – PERCEÇÃO DO CUIDADOR

Elsa Machado Guimarães[1]; Daniela Paiva Catalão[1]; Margarida Henriques[1]

1 – Centro Hospitalar de Leiria

Introdução e Objectivos

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) pretendem melhorar a qualidade de vida (QV) das crianças com doenças crónicas complexas e das suas famílias. Contudo, muitas crianças não têm capacidade de responder, quer devido à idade quer pela sua incapacidade funcional, sendo necessário o recurso aos pais/cuidadores para tentar obter essa informação indiretamente.

OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida das crianças e jovens seguidos pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP) do tipo generalista.

Metodologia

Estudo transversal, analítico e descritivo realizado a partir da consulta dos processos clínicos e aplicação (on-line) do Inventário Sobre a Qualidade de Vida Pediátrica (PedsQL) versão4.0, respondido pelos cuidadores de crianças seguidos pela EIHSCPP. (SPSS®29)

Resultados

Responderam 16 cuidadores (66.7% da amostra), predominantemente a mãe (n=13, 81.3%). As crianças cuidadas são maioritariamente do sexo masculino, com mediana de idade nos 12.5 anos (43.8% entre os 13-18 anos), sendo todas pertencentes às áreas da Neurologia, Metabólicas e Genética. Os sintomas surgiram maioritariamente no período neonatal (n=11, 68.8%).

As crianças/jovens da nossa amostra apresentam um funcionamento físico inferior ao funcionamento psicossocial. Não existiram, no entanto, diferenças na QV entre sexo, diagnóstico, faixa etária, momento de apresentação ou maior necessidade de CPP.

Conclusões

As principais patologias das crianças/jovens seguidos na nossa equipa apresentam (inerente ao seu diagnóstico) um baixo funcionamento físico. Apesar disso, este não compromete a sua QV nos restantes domínios, o que apoia que, independentemente da ausência de cura, haja benefício no investimento da sua QV.

Palavras-chave: cuidadores, cuidados paliativos pediátricos, PedsQL, qualidade de vida

PD-328 – (23SPP-12554) – ENTRE A PERSEVERANÇA E A OBSTINAÇÃO: UMA TÉNUE LINHA

António Gama Da Silva[1,2]; Diana Simão Raimundo[1,3]; Ariadni Alcântara[1]; Camila Fernandes[1]; Elisabete Oliveira[1,4]

1 – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Portugal; 2 – Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, E.P.E.; 3 – Serviço de Pediatria, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; 4 – Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: Os cuidados paliativos pediátricos (CPP) devem ser parte ativa aquando do diagnóstico e continuar independentemente de haver tratamento dirigido à doença. Dentro das doenças limitadoras de vida, o grupo I inclui as com terapêutica curativa. Obstinação terapêutica corresponde a medidas terapêuticas com intenção de prevenir a morte quando não há esperança de cura e gera sofrimento desnecessário ao doente e família.

Descrição do Caso: Recém-nascido de termo com diagnóstico pós-natal de cardiopatia complexa – coração esquerdo hipoplásico com hipoplasia do arco aórtico. Após cirurgia cardíaca com intuito curativo, desenvolveu inúmeras complicações (sépsis, dependência de suporte respiratório, convulsões, higroma) e foi submetido a vários procedimentos invasivos (traqueostomia, neurocirurgia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia). O lactente esteve internado durante toda a sua vida em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Os CPP foram integrados ao 146º dia de vida, 4 dias antes do óbito em meio hospitalar.

Comentários / Conclusões

Discussão: A carência da comunicação eficaz e da análise dos possíveis cursos de acção perante o prognóstico geraram um curso terapêutico demasiado intensivo sem planeamento adequado. Seria importante integrar os CPP desde o início, complementarmente às terapêuticas de intuito curativo. Revelam-se essenciais reuniões multidisciplinares integrando os sucessivos desenvolvimentos, envolvendo a família no processo de tomada de decisão.

Conclusões: Este caso ilustra a ténue linha entre a perseverança com intuito curativo e a obstinação terapêutica. Nas doenças do grupo I, em que se parte de uma possibilidade curativa, a decisão de suspender terapêuticas é desafiante, pelo que é imperativo o envolvimento precoce dos CPP.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos Perineonatais, Cardiopatias congénitas

PD-329 – (23SPP-13088) – CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS NUM HOSPITAL NÍVEL II

Anaísa Afonso[1]; Ana Isabel Foles[1]; Raquel Oliveira[1]; Inês Fernandes[1]; Cristina Pedrosa[1]

1 – Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução e Objectivos

O acompanhamento precoce por Equipas de Cuidados Paliativos Pediátricos é essencial na abordagem a crianças/jovens com doenças crónicas complexas, ameaçadoras ou limitantes de vida, em articulação com as outras (sub)especialidades, de modo a garantir o seguimento multidisciplinar ao doente e família, ao longo de toda a doença.

Metodologia

Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes com acompanhamento pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP) de um Hospital nível II, desde que foi criada em 07/2018 a 07/2023. Colheita de dados demográficos, diagnósticos, observações hospitalares e terapêuticas. Realizada análise estatística descritiva.

Resultados

Foram acompanhados 48 doentes, mantendo-se em seguimento 27, sendo que 15 foram transferidos para outras especialidades / unidades hospitalares e 6 faleceram. Número total de consultas dos 48 doentes: 914; dos doentes atuais: 621 (presenciais 149). Dos 27 em seguimento, 24 estão em situação (muito) grave, de etiologia maioritariamente neurológica, sendo cada criança seguida, em média, em 3,6 hospitais e 9,5 especialidades.

Conclusões

Os avanços na medicina permitem prolongar a vida de crianças com doenças graves, dando aos cuidados paliativos uma importância crescente. Estes permitem, através de uma abordagem multidisciplinar, sempre em articulação com as outras (sub) especialidades, proporcionar o apoio necessário à otimização da qualidade de vida dos doentes e famílias. É fundamental todos os profissionais de saúde estarem sensibilizados e capacitados para o cuidado destes doentes.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos Pediátricos, Abordagem Multidisciplinar, Doença Crónica Complexa

PD-330 – (23SPP-12683) – PERMITIR A MORTE NATURAL NOS ERROS INATOS DO METABOLISMO

Anabela Bandeira[1]; Carolina Fraga[1]; Joana Correia[1]; Margarida Coelho[1]; Cristina Garrido[1]; Inês Carrilho[1]; Manuela Santos[1]; Sónia Figueiroa[1]; Lurdes Morais[1]; Ermelinda Silva[1]; Esmeralda Martins[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução e Objectivos

Os profissionais de saúde colaboram nas decisões de fim de vida após o diagnóstico de uma doença neurodegenerativa. O uso da terminologia positiva "Permitir a Morte Natural" e a evicção de termos negativos como "não vamos ressuscitar" facilita o diálogo num esforço conjunto para ajudar a realizar os desejos da família: esperança que a morte ocorra da forma mais pacífica e natural possível, rodeados pelos familiares próximos.

Metodologia

Estudo retrospectivo de oito famílias com uma criança com doença neurodegenerativa.
Métodos
Estudo retrospetivo dos cuidados em fim de vida de oito famílias com uma criança com doença neurodegenerativa
Métodos
Estudo retrospetivo dos cuidados em fim de vida de oito famílias com uma criança com doença neurodegenerativa

Resultados

Oito famílias com uma criança com doença neurodegenerativa são descritas. As patologias: síndrome DGUOK; doença de Menkes; PMM2-CDG; gangliosidose e síndrome de Leigh. As necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais das famílias foram abordadas. Quatro crianças eram alimentadas por botão de gastrostomia/ sonda naso gástrica: duas crianças com necessidade de ventilação não invasiva; controle da dor e da epilepsia; da broncorreia e da obstipação. Todas as crianças foram internadas pelo menos uma vez. Seis crianças faleceram no hospital na presença da família; duas crianças faleceram em casa.

Conclusões

O uso mais frequente do termo Permitir a Morte Natural facilita a comunicação positiva sobre o fim de vida; reduz o sofrimento e promove o conforto, a dignidade e a qualidade de vida para toda a família. O treino em cuidados paliativos deve fazer parte da formação dos profissionais que trabalham em Erros Inatos do Metabolismo.

Palavras-chave: Erros Inatos do Metabolismo

PD-331 – (23SPP-12762) – GLICOGENOSE IXA – REVISÃO DE SEIS CASOS

Rui Diogo[1]; Inês Rua[1]; Sara Ferreira[1]; Nanci Baptista[1]; Fátima Martins[1]; Luísa Diogo[1]

1 – Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra e MetabERN

Introdução e Objectivos

A glicogenose IX (GSD IX) é causada pelo défice da atividade da fosforilase quinase (PhK), enzima que regula a degradação do glicogénio. Variantes patogénicas no gene *PHKA2*, que codifica a subunidade α desta enzima, provocam deficiência da PhK hepática: GSD IXa, de hereditariedade ligada ao X. Esta manifesta-se com hepatomegália (HM), hipertransaminémia (HT), hipoglicémia cetótica (HC), entre outros.
Objetivo: caracterização clínica e laboratorial de um grupo de crianças com GSD IXa.

Metodologia

Análise retrospetiva dos processos clínicos dos doentes com GSD IXa seguidos na consulta de Metabólicas.

Resultados

Foram incluídos seis rapazes, com idade atual mediana de 5,5A (3-15). Apresentaram-se com: HM dois casos (aos 15M e 3A), HC 2 irmãos (aos 9M e 3A) e HT assintomática dois gémeos (aos 11M). Durante o seguimento, verificou-se hepatomegália em três rapazes (dois irmãos com fibrose F1); em cinco elevação da AST (51-428 UI/L) e ALT (49-380); hipercolesterolemia em dois (230-269mg/dL); hipertrigliceridemia em 5 (122-669mg/dL). Quatro rapazes tiveram episódios de HC durante o seguimento, precipitados por jejum/doença: 1º episódio entre 9M e 3A; dois irmãos com episódios repetidos 1,4 e 3 episódios/ano.
As alterações do gene *PHKA2* (em hemizigotia): c.3648_3649delAA (p.Arg1217Serfs*26); c.3505C>T (p.Gln1169*); c.1210C>T p.(Gln404*)–gémeos; c.721A>G (p.Ile241Val)–irmãos.
O reforço alimentar com polímeros de glicose e proteínas (2-3 g/Kg/dia) e a evicção do jejum prolongado permitiram a normalização clínica e laboratorial em todos os doentes.

Conclusões

A GSD IXa é uma doença genética rara, que faz diagnóstico diferencial com HC, HM e HT assintomática. O seu diagnóstico correto e atempado é de primordial importância para o tratamento eficaz e aconselhamento familiar.

Palavras-chave: Glicogenose IXa, Hepatomegália, Hipertransaminémia, Hipoglicémia cetótica

PD-332 – (23SPP-12759) – DÉFICE DE VITAMINA B12 COM APRESENTAÇÃO NEUROLÓGICA

Rui Diogo[1]; Inês Rua[1]; Sara Ferreira[1]; Joana Amaral[2]; Filipe Palavra[2]; Joana Azevedo[3]; Luísa Diogo[1]

1 – Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra e MetabERN; 2 – Neuropediatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra; 3 – Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A adenosilcobalamina e a metilcobalamina são as formas ativas da vitamina B12 (vitB12) ou cobalamina (Cbl). Atuam como cofatores enzimáticos: a primeira, na transformação de metilmalonil-CoA em succinil-CoA e a segunda na metilação da homocisteína (Hcy) em metionina (Met). Um défice nutricional de Cbl, da sua absorção digestiva ou da sua transformação celular naqueles cofatores resulta na acumulação de ácido metilmalónico (AMM) e/ou Hcy, com défice de Met. Este compromete a síntese de ADN e traduz-se em macrocitose, sintomas gastrointestinais e mieloneuropatia.
♂ 7M, sob aleitamento materno exclusivo por recusa alimentar. Tentativa de diversificação alimentar desde os 4 meses mas vómitos recorrentes e úlcera na língua. Observado no serviço de urgência por episódios de prostração, com olhar vago, alternados com irritabilidade. Apresentava hipotonia axial, a que se associou discinesia do tipo coreico, generalizada. Da investigação destacam-se Hb 8,9 g/dL, VCM 89,9 fL, neutrófilos com hipersegmentação, vitB12<83 pg/mL, AMM 51300 umol/L e Hcy>50 ummol/L; EEG-traçado lentificado e elementos paroxísticos escassos; RM-CE-acentuação difusa de sulcos corticais fronto-temporais. Demonstrou-se vitB12 indoseável na mãe, em contexto de anemia perniciosa (anti-FI e ACP), previamente desconhecida. Auto-anticorpos não detetados no lactente. Foram tratados com hidroxocobalamina I.M. Aos 20M, o desenvolvimento psicomotor e o exame físico eram normais.

Comentários / Conclusões

O défice de Cbl materno iniciado na gestação e perpetuado na amamentação foi responsável pela clínica neurológica e alterações analíticas neste lactente. É uma situação adquirida que faz diagnóstico diferencial com défice de CblC e outras doenças hereditárias do metabolismo intracelular da Cbl.

Palavras-chave: Cobalamina, Anemia Megaloblástica, Adquirida, Hipotonia, Discinesia

PD-333 – (23SPP-13061) – A IMPORTÂNCIA DO RASTREIO NEONATAL – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS RASTREÁVEIS ORIUNDOS DOS PALOPS

Raquel Da Costa Neves[1]; Rosário Stilwell[2]; Gonçalo Padeira[2]; Andreia Pereira[3]; Sandra Jacinto[4]; Ana Cristina Ferreira[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Unidade de Doenças Metabólicas, Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3 – Serviço de Neuropediatria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 4 – Serviço de Neuropediatria, Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

O rastreio neonatal (RN) é uma prioridade da saúde pública dos países desenvolvidos, permitindo o diagnóstico pré-sintomático e a instituição precoce de terapêuticas com ganhos de saúde. São descritos dois casos clínicos de países sem RN.

Rapaz, 13 A, natural de Cabo Verde, com dificuldades da marcha desde os 3 A, paraparésia espástica com sinais piramidais dos MI associado a perturbação do desenvolvimento intelectual, perturbação do comportamento e epilepsia. Da investigação iniciada aos 5A, salienta-se CPK normal, EMG sugestivo de miopatia, RMN-CE e medular sem alterações e biópsia muscular não conclusiva. O neuroexoma detectou a variante c.524C<T em homozigotia no gene ARG1. Os níveis elevados da arginina plasmática confirmaram o diagnóstico de Argininémia. Iniciou dieta com restrição proteica aos 11,5 anos com melhoria do comportamento, sem melhoria significativa da marcha.

Rapaz, 5 A, natural da Guiné, com AGDPM, dificuldades alimentares, microcefalia, hipotonia axial e movimentos discinéticos. Da investigação iniciada aos 2A, salienta-se RMN-CE com padrão de simplificação giral e hipersinal T2/FLAIR nos gânglios da base, níveis elevados de fenilalanina plasmática, aumento das biopterinas na urina, diminuição de neurotransmissores no LCR e diminuição da atividade enzimática de Dihidropterinoredutase. O diagnóstico foi confirmado por identificação da variante 128_130del em homozigotia no gene QPDR. Iniciou terapêutica aos 4A com L-dopa/carbidopa, oxitriptano e dieta restrita em fenilalanina com melhoria clínica ligeira.

Comentários / Conclusões

O limiar de suspeição para doença metabólica deve ser menor em doentes naturais de países sem acesso a RN. A eficácia terapêutica é tanto menor quando maior o tempo decorrido após o início dos sintomas.

Palavras-chave: rastreio neonatal, PALOPs, doenças metabólicas

PD-334 – (23SPP-12977) – ALTERAÇÃO DA ROTINA DURANTE O CONFINAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE ARMAZENAMENTO DO GLICOGÉNIO

Laura Leite De Almeida[1]; Vilma Lopes[2]; Maria Miguel Resende[3]; Helena Rios[3]; Paula Garcia[4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho, Vila Nova de Gaia; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Baixo Vouga, Aveiro; 4 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

As doenças de armazenamento do glicogénio (DAG) são raras, mas potencialmente graves. Apresentam um amplo espetro clínico, com graus variáveis de hipoglicemia, cetose, hepatomegalia e aumento das transaminases.

Criança de 5 anos, sexo masculino, com antecedentes de rinite alérgica e asma controladas. Apresentava cruzamento descendente de percentis da estatura, evoluindo desde os 3 anos no P3, com uma estatura alvo familiar no P50. Desenvolvimento psicomotor adequado à idade.Referenciado à consulta de pediatria por episódios matinais recorrentes de fraqueza, hipersudorese, palidez, palpitações e vómitos, desde os 4 anos. Inicialmente esporádicos, com aumento da frequência na fase de confinamento, após períodos de jejum prolongado. Nestes episódios realizava ingestão de alimentos açucarados, com reversão do quadro. Num dos episódios, por apresentar hiporreatividade associada recorreu ao SU. Na admissão apresentava hipoglicemia cetótica (glic 35 mg/dL, cet 5.9 mmol/L), que reverteu após bólus de soro glicosado. Não apresentava alterações no exame objetivo ou analíticas. Foi encaminhado para consulta de doenças metabólicas e realizado estudo de hipoglicemias cetóticas, tendo sido detetada uma mutação no gene PHKA2 do cromossoma X e diagnosticada DAG tipo IX alfa. Atualmente sob acompanhamento nutricional e suplementação com amido de milho à ceia e em SOS, com bom controlo da doença.

Comentários / Conclusões

Trata-se de um caso atípico de DAG pela sua apresentação tardia, sem hepatomegalia associada. O diagnóstico precoce é fundamental, visto que implementação de medidas dietéticas simples pode impedir hipoglicemias e suas repercussões a longo prazo. O seguimento é essencial para acompanhamento da evolução da doença e da sua possível repercussão na estatura.

Palavras-chave: Doença de armazenamento do glicogénio, PHKA2

PD-335 – (23SPP-13009) – A NOVEL COMBINATION OF BIALLELIC VARIANTES IN VARS2 GENE

Joana Capela[1]; Mariana Reis[1]; Inês Almeida[1]; Marta Novo[2]; Ana Ramalho[2]; Patrícia Lipari[3]; Márcia Rodrigues[4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal; 2 – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal; 3 – Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, Unidade de Doenças Metabólicas, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; 4 – Serviço de Genética Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Lisboa, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

As aminoacil-tRNA sintetases são fundamentais na síntese proteica mitocondrial. As variantes no gene da valil-tRNA sintetase 2 (*VARS2*) resultam na redução da produção de ATP e associam-se a deficiência combinada da fosforilação oxidativa do tipo 20 (DCFO20), com hereditariedade autossómica recessiva. Até agora, são conhecidos cerca de 23 casos com DCFO20, com fenótipos e gravidade variáveis. Apresenta-se o caso de dois irmãos, filhos de pais não consanguíneos, ambos com o diagnóstico de cardiopatia congénita e acidose metabólica com hiperlactacidémia no período neonatal. A primeira filha, falecida aos 40 dias, teve restrição de crescimento fetal grave, cardiomiopatia hipertrófica e defeito do septo ventricular. Realizou estudo etiológico extenso, incluindo mendelioma, que detetou duas variantes no gene *VARS2*: c.1079C>T, p.(Ala360Val) e c.1258G>A, p.(Ala420Thr), confirmando o diagnóstico de DCFO20.
O segundo filho, cujo diagnóstico foi feito em pré-natal, tinha *foramen ovale* patente, comunicação interauricular e hipertrofia do septo interventricular. Apresentava ainda dismorfias craniofaciais, baixa estatura, insuficiência respiratória, epilepsia, hipotonia axial com hipertonia periférica, atraso grave do desenvolvimento psicomotor, hepatomegalia, dificuldade alimentar e hipospádias. Faleceu aos nove meses de vida após intercorrência infecciosa respiratória.

Comentários / Conclusões

Este caso revela uma nova combinação de variantes do gene *VARS2* associada a fenótipo grave. A descoberta de novas variantes expande o espetro de variantes conhecidas e características clínicas associadas, sendo necessária mais investigação para estabelecer correlações genótipo-fenótipo específicas.

Palavras-chave: valil-tRNA sintetase 2, fosforilação oxidativa, variantes, hiperlactacidémia, cardiomiopatia hipertrófica

PD-336 – (23SPP-12614) – ANÁLISE RETROSPECTIVA DA ELEVAÇÃO DE CK NOS ÚLTIMOS 10 ANOS: FATORES PREDITIVOS DE MIOSITE BENIGNA AGUDA DA INFÂNCIA

Inês Aires Martins[1]; Joana Baptista Lima[1]; Margarida Paiva Coelho[2]; Joana Correia[2]; Anabela Bandeira[2]; Esmeralda Martins[2]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte Albino-Aroso, Centro Hospitalar Universitário de Santo António; 2 – Centro Referência Doenças Hereditárias do Metabolismo, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução e Objectivos

A elevação de CK pode ou não associar-se a patologia subjacente, dificultando a sua abordagem. A miosite benigna aguda da infância (MBAI) é uma condição autolimitada, com bom prognóstico, mas um diagnóstico de exclusão.

Metodologia

Estudo retrospetivo dos internamentos pediátricos com elevação da CK num hospital III, durante 10 anos (2013-2022).

Resultados

Identificou-se 45 doentes (83 internamentos) com idade mediana de 5 anos [6 meses-17 anos] (13F:32M). Salienta-se 7 com doença metabólica conhecida, 3 intoxicações farmacológicas e 1 afogamento não letal. As queixas mais comuns foram dor muscular (70%) e recusa da marcha (24%). A infeção vírica (81%) foi o principal desencadeante. A mediana da CK máxima foi 10471U/L [527-188871U/L], 97% com rabdomiólise (CK 5x normal), 7% destes com lesão renal aguda. Verificada leucopenia em 17% e trombocitopenia em 14%. O tempo médio de internamento foi maior em casos de patologia prévia (7 vs 3 dias; p=.02). Dos casos sem diagnóstico (n=34), houve investigação adicional em 44%, com normalização da CK em 71%. O diagnóstico final foi MBAI em 76% e outras doenças em 24%. Sexo masculino (p=.002) e trombocitopenia (p<.001) foram mais comuns na MBAI. Maior idade (p=.004, OR 1.3), recusa da marcha (p<.001, OR 27.5) e leucopenia (p=.010; OR 17.3) parecem ser preditivos de MBAI (Hosmer-Lemeshow: x2 5.5; p=.696). Recorrência dos episódios reduz em 95% a probabilidade de MBAI. O valor máximo de CK não parece ter valor preditivo (p=.940).

Conclusões

Nesta amostra, episódios recorrentes de miosite associaram-se mais a patologia subjacente, reforçando a importância de manter seguimento. A identificação de fatores protetores poderá permitir adotar uma atitude expetante em casos selecionados, antes de prosseguir com investigação adicional.

Palavras-chave: creatina cinase, doença hereditária do metabolismo, miosite benigna aguda da infância

PD-337 – (23SPP-12940) – DÉFICE DE GUANIDINOACETATO METILTRANSFERASE (GAMT) – RELATO DE DOIS CASOS

Andreia Afonso[1]; Fátima Côrte Pestana[1]; Beatriz Pedreira[1]; Marta Amorim[2]; Paulo Rego Sousa[1]; Mónica Vasconcelos[1]; Francisco Silva[1]

1 – Serviço de Pediatria – Hospital Central do Funchal; 2 – Unidade de Genética Médica – Hospital Central do Funchal

Introdução / Descrição do Caso

O défice de guanidinoacetato metiltransferase (GAMT) tem uma prevalência <1/1 000 000, é autossómica recessiva, causada por mutações no gene GAMT (19p13.3), levando a défice de creatina cerebral. Caracteriza-se principalmente por atraso do desenvolvimento psicomotor (ADPM) de início precoce, défice cognitivo, epilepsia e alterações comportamentais.

Caso 1: Sexo feminino, 8 anos, pais saudáveis, não consanguíneos. ADPM: sentar aos 14 meses, marcha autónoma aos 2 anos, linguagem aos 4 anos. Diagnóstico de epilepsia aos 3 anos, controlada sob valproato de sódio. Dificuldade no sono, sob risperidona. Birras frequentes em idade pré-escolar e dificuldade na atenção em idade escolar, sob metilfenidato com melhoria. Realizada sequenciação do exoma com identificação de heterozigotia composta para as variantes patogénicas c.24del e 506G>A no gene GAMT (NM_000156.6). Feita confirmação bioquímica.

Caso 2: Sexo masculino, 6 anos, pais saudáveis, não consanguíneos. ADPM mais acentuado no controlo postural, competências locomotoras e linguagem. Alteração do comportamento por Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. O estudo por exoma, identificou heterozigotia composta para as variantes patogénicas c.152A>C e 506G>A no gene GAMT (NM_000156.6). Feita confirmação bioquímica. A cumprir creatina, ornitina e benzoato de sódio.

Comentários / Conclusões

O défice de GAMT é uma doença rara com tratamento dirigido que deverá ser iniciado de forma precoce, salientando-se a importância da presunção diagnóstica e o pedido de estudo adequado atempadamente por forma a tentar minimizar o impacto desta patologia.

Palavras-chave: défice GAMT, síndrome de deficiência de creatina cerebral

PD-338 – (23SPP-12559) – O QUE VALORIZAM AS CRIANÇAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO?

Andrea Oliveira[1,2]; Paula Fontoura[1]; Isabel Oliveira[2]; Ana Catarina Fernandes[3]; Bruna Pinho[3]; Catarina Soares[3]; Mariana Fernandes[3]; Vanessa Azevedo[3]; Sónia Santos[3]; Maribel Carvalhais[2]

1 – Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE; 2 – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa; 3 – Atividade Independente

Introdução e Objectivos

A perceção da satisfação da criança face à qualidade da hospitalização é fundamental pois possibilita aos profissionais o conhecimento para desenvolver estratégias que minimizem o impacto da hospitalização, acrescentando, numa lógica de qualidade, valor aos cuidados prestados. Assim, nos últimos anos, houve necessidade de avaliar a satisfação das crianças relativamente às vivências decorrentes dos períodos de hospitalização, possibilitando aos profissionais a identificação de áreas de melhoria. **Objetivo:** Identificar os aspetos valorizados pelas crianças durante a sua hospitalização.

Metodologia

Estudo prospetivo qualitativo, tendo por base as questões abertas do questionário "Children Care Quality at Hospital". Análise de conteúdo segundo Bardin. A amostra foi constituída por 61 crianças internadas no Serviço de Pediatria de um Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal. Dados colhidos de junho/2022 a fevereiro/2023.

Resultados

Da amostra final, 52.46% (n=32) identificou-se do género masculino e 47,54% (n=29) feminino. A média de idades dos participantes foi de 10,61 anos (±2,66). Dos dados emergiram 12 categorias relativas à perspetiva com a satisfação/insatisfação das crianças com a hospitalização. Os aspetos que revelaram maior satisfação foram 27,87% na subcategoria dos enfermeiros, seguido de 26,23% na subcategoria das instalações. Em contrapartida, as subcategorias onde houve maior insatisfação foram as refeições (22,95%) e os procedimentos invasivos (19,67%).

Conclusões

Os resultados obtidos permitem a implementação de estratégias no âmbito da prestação de cuidados centrados na criança, com o intuito de diminuir o impacto negativo da hospitalização e melhorar a perceção de satisfação destas com os cuidados de que são alvo durante o internamento hospitalar.

Palavras-chave: Satisfação do Paciente, Criança Hospitalizada, Pediatria

PD-339 – (23SPP-13060) – O INÍCIO DE UMA UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA PEDIÁTRICA (UHDP) – CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL NÍVEL II

João Pedro Valente[1]; André Garrido[1,2]; Andreia Fiúza Ribeiro[1,2]; Guida Fernandes[1,2]; Helena Ribeiro Da Silva[1,2]; Helena Cristina Loureiro[1,2]

1 – Serviço de Pediatria (Direção: Drª Helena Cristina Loureiro), Departamento da Criança e do Jovem (Direção: Drª Graciete Bragança), Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E; 2 – Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica

Introdução e Objectivos

A Hospitalização Domiciliária Pediátrica (HDP) é um modelo de assistência hospitalar alternativo ao internamento convencional do doente pediátrico com patologia aguda ou crónica agudizada que cumpra critérios clínicos, sociais e geográficos para internamento no domicílio. Pretende-se fazer a casuística da Unidade de HDP (UHDP).

Metodologia

Estudo descritivo e retrospetivo de doentes referenciados à UHDP num hospital nível II da área metropolitana de Lisboa de 1 junho a 31 julho 2023. Avaliados dados clínicos e inquéritos de satisfação aos cuidadores. Análise estatística no SPSS.

Resultados

Dos 37 doentes referenciados, 28 foram admitidos (75.7%). Destes, 15 são do sexo masculino e a mediana de idade foi de 6,5 anos (mín. 12 dias; máx. 16 anos).

As patologias infeciosas agudas foram as mais frequentes (20): celulite (7), abcesso periamigdalino (4), adenofleimão (3) sob antibioterapia EV (6 com sistema de infusão). Seguiu-se a diabetes inaugural (2) para consolidação de ensinos, complicações agudas de drepanocitose (2) para vigilância e controlo álgico em contexto pós-operatório (1).

A mediana do tempo médio de internamento foi 4 dias (mín. 1; máx. 10). Verificou-se um retorno ao internamento hospitalar e nenhum reinternamento após alta da UHDP.

Comparado com o internamento hospitalar, 96% dos cuidadores sentiu-se melhor e 100% voltava a repetir o modelo de HDP.

Conclusões

Ainda que numa fase inicial, a HDP mostrou-se segura e eficaz para continuação de cuidados de internamento em diversas patologias e tipologias de tratamentos, acompanhada de uma boa recetividade dos cuidadores.

Assim, a HDP é uma alternativa ao internamento hospitalar convencional com vantagens para o doente, cuidadores e serviços hospitalares, podendo ser ampliado e replicado a nível nacional.

Palavras-chave: Patologia aguda em casa, Hospitalização Domiciliária Pediátrica, Casuística, Experiência da família

PD-340 – (23SPP-12823) – TOSSE RECORRENTE, A IMPORTÂNCIA DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

Rita Silva Pereira[1]; Marta Isabel Dias[1]; Joana Pinto Oliveira[1]; Tânia Monteiro[1]

1 – Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução / Descrição do Caso

Adolescente de 17 anos, sexo feminino orientada para consulta de Pediatria por tosse seca recorrente, de predomínio noturno com cerca de 9 meses de evolução, associada a agravamento concomitante da clínica de rinoconjuntivite, ao fim de semana, quando regressava da faculdade, que tinha iniciado nesse ano letivo. Da história epidemiológica, a destacar o contacto regular com periquitos desde os 9 anos de idade, passando este a ser pontual após entrada na universidade. Realizados exames complementares, do estudo analítico a destacar: IgE total 43 UI/mL, IgE antigénios inalantes 0,45 kU/L e IgE específica para penas de periquitos 0,81 kU/L, restantes IgEs específicas para ácaros, gato, cão, oliveira, gramíneas e parietária negativas, rácio IgEtotal / IgEespecífica periquito de 0,019, antitripsina alfa-1 122,4 mg/dl. Radiografia torácica e espirometria com prova de broncodilatação sem alterações. Foi verificada boa evolução clínica, com resolução completa da sintomatologia após evicção de contacto com periquitos.

O fenómeno alérgico encontra-se, dividido em duas fases: a fase de sensibilização e a fase da reação alérgica. No período em que a exposição ao alergénio foi diária, foi estabelecida sensibilização com indução de tolerância, sendo que no momento em que a exposição passou a ser mais esporádica, se perdeu a tolerância com o aparecimento de sintomatologia alérgica.

Comentários / Conclusões

Concluindo, o presente caso ilustra a importância de uma colheita de história clínica pormenorizada incluindo a exposição ambiental, destacando-se ainda que valores de IgE total normais não excluem patologia alérgica.

Palavras-chave: tosse recorrente, alergia, sensibilização, tolerância

PD-341 – (23SPP-13014) – ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA: APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Adriana Afonso Romano[1]; João Rebelo Lima[1]; Sofia Brandão Miranda[2]; Ivo Neves[2]; Margarida Reis Morais[2]; Fábia Carvalho[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2 – Serviço de Pediatria, Consulta de Alergologia, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A Alergia às Proteínas do Leite de Vaca (APLV) é a causa mais comum de alergia alimentar em lactentes e crianças com idade inferior a 3 anos. A sua apresentação pode ser inespecífica, com gravidades e atingimento variável. O diagnóstico é clínico, contudo, os níveis séricos de IgE específicas e/ou testes cutâneos por picada podem ser úteis. Apresentamos o caso de uma lactente de 1mês, sem antecedentes, que tinha iniciado Fórmula para Lactentes Tipo 1 há 1 semana. Trazida ao Serviço de Urgência por lesões cutâneas e vómitos com um dia de evolução. Ao exame objetivo, exantema urticariforme disperso, com edema das mãos e pés (Fig 1). Sem outras alterações, nomeadamente auscultatórias ou sinais de dificuldade respiratória. Pela relação dos sintomas com início da FL colocou-se hipótese de APLV, colhendo estudo analítico com IgE total e IgEs específicas do leite. Foi instituída corticoterapia oral e iniciada Fórmula Extensamente Hidrolisada (FEH), com regressão de sintomatologia em 24 horas. Teve alta com evicção de proteínas do leite de vaca, sob FEH, com orientação para Consulta de Gastroenterologia e Alergologia Pediátrica. Foram posteriormente conhecidos os resultados com: IgE Total 39,20 UL/ml; RAST IgE Alfa-Lactoalbumina 4,11 KU/l(Classe III), RAST IgE Beta-Lactoalbumina 10,20 KU/l (Classe III), e RAST IgE Caseína <0,10 KU/l (Classe o) , Triptase sérica 23,20 ug/l, resultados que corroboraram suspeita de APLV IgE mediada.

Comentários / Conclusões

A APLV, dependendo da resposta imunológica envolvida, manifesta-se de forma variável durante a infância. As reações podem ser imediatas ou tardias ocorrendo até 1 semana após o contacto, pelo que esta hipótese deverá ser considerada perante sintomas que surjam com alguns dias de atraso após introdução de FL.

Palavras-chave: Alergia às proteínas do leite de vaca, Exantema, Edema

PD-342 – (23SPP-12710) – VÓMITOS INCOERCÍVEIS – SERÁ ALERGIA?

Marta Figueiredo[1]; Catarina Albuquerque[1]; Vivian Gonçalves[1]; Rita Belo Morais[1]; Maria João Leiria[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução / Descrição do Caso

Food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES) é uma alergia alimentar não IgE-mediada, mais frequente no 1º ano de vida, potencialmente grave, cuja forma aguda se caracteriza por vómitos, habitualmente abundantes e incoercíveis, 1 a 4 horas após ingestão do alergénio, a que se pode associar marcada prostração, diarreia, desidratação e hipotensão.

Apresentamos 2 lactentes de 10 e 17 meses, previamente saudáveis, sem antecedentes pessoais ou familiares de atopia, observados em consulta por vómitos abundantes, recorrentes associados a palidez e prostração. Sem febre, lesões cutâneas, dificuldade respiratória ou outros sintomas. Retrospetivamente verificou-se que os vómitos ocorriam 1 a 2 horas após ingestão de ovo cozido. Ambos com IgEs específicas para as proteínas do ovo negativas, tendo-se admitido o diagnóstico de FPIES.

Foram submetidos a dieta de evicção do ovo, com resolução dos sintomas. O primeiro realizou prova de provocação oral (PPO) aos 21 meses, com vómitos e apatia 2 horas após a ingestão e necessidade de hidratação EV. O segundo teve um contacto acidental aos 20 meses, repetindo vómitos, mas sem necessidade de internamento. Atualmente, ambos aguardam realização de PPO para verificação de tolerância.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de FPIES é desafiante pelo início tardio de sintomas após a ingestão do alergénio e pela ausência de outros sintomas IgE-mediados, requerendo um elevado índice de suspeição. Habitualmente é suspeitado na presença de vómitos após desencadeante alimentar, com prostração desproporcional, e IgEs negativas. Pelo risco de desidratação grave é fundamental o diagnóstico atempado para evicção do alergénio.

Palavras-chave: Food protein-induced enterocolitis syndrome, FPIES, alergia alimentar, vómitos, prostração

PD-343 – (23SPP-12570) – ALERGIA AO OVO NA INFÂNCIA E ASMA

Inês Alexandra Azevedo[1]; Rui J. Miranda[1]; Rita Carneiro Martins[1]; Arménia Oliveira[1]; Paulo Guimarães[1]; Mariana Pinto[1]

1 – Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução e Objectivos

A alergia ao ovo é uma das alergias alimentares mais comuns na infância. A resolução espontânea e a tolerância são comuns, ocorrendo na maioria dos estudos em 75% dos casos até aos 6 anos de idade. Está associado a uma forte probabilidade de patologia alérgica no futuro. Este estudo teve como objetivo caracterizar as crianças com alergia ao ovo e avaliar a sua correlação com outras manifestações alérgicas.

Metodologia

Estudo retrospetivo de crianças com diagnóstico de alergia ao ovo, seguidas na Consulta de Pediatria/Patologia Alérgica do CHEDV, entre 2018 e 2022.

Resultados

Foram avaliadas 31 crianças com alergia ao ovo, com idade média ao diagnóstico de 14 meses. 64.5% das crianças apresentavam alergia ao ovo inteiro, 32.3% apenas à clara. Em 64.5% ocorreu reação ao ovo cru e cozinhado e em 35.5% ao ovo cru. A história familiar de atopia foi positiva em 65.5% das crianças. A dermatite atópica (DA) coexistiu em 61.3%. A identificação de outras sensibilizações (como alergia às proteínas do leite de vaca (APLV)) ocorreu em 77,4%. 71% das crianças tinham antecedentes de sibilância recorrente. 19 crianças reuniam critérios para realização de provas respiratórias funcionais, tendo sido diagnosticadas 12 (63,2%).

Conclusões

As crianças que apresentam alergia ao ovo, têm frequentemente outras manifestações alérgicas concomitantes, nomeadamente DA, APLV e sibilância recorrente. Esta alergia parece ter um importante papel preditivo positivo no desenvolvimento de novas sensibilizações e de asma no futuro.

Palavras-chave: alergia ao ovo, asma, criança

PD-344 – (23SPP-13086) – CHOQUE HIPOVOLÉMICO: UMA APRESENTAÇÃO GRAVE DE UMA PATOLOGIA CONHECIDA

David Gomes[1]; Carlota Lopes[1]; Francisca Albuquerque[1]; Gabriela Sousa[1]; António Bento Guerra[1]; Carla Cruz[1]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento da Mulher e da Criança, Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

Introdução / Descrição do Caso

A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) constituiu a alergia alimentar mais frequente na primeira infância.A apresentação clínica é diversa e inespecífica.O mecanismo fisiopatológico pode ou não ser mediado por IgE.O seu reconhecimento é um desafio diagnóstico. Lactente de 1 mês e 15 dias, sexo feminino, gémea, recorreu ao SU por dejeções abundantes, frequentes com 1 semana de evolução, e vómitos.Sob aleitamento materno exclusivo até aos 14 dias.Referência a má progressão ponderal e dejeções líquidas não sanguinolentas desde os 14 dias.
À admissão, encontrava-se pouco responsiva, cianosada, FC 151bpm, mal perfundida (TRC 3-4s), SpO2 96% em ar ambiente e taquipneica (FR 54cpm).Gasimetria venosa com acidose metabólica e hipocaliémia de 2.6mmol/L.Avaliação analítica com leucocitose de 23200/uL com 14200 (61%) de neutrófilos, PCR 8,6mg/dL e PCT 0,74mg/dL, função renal normal e glicémia 108mg/dL.Exame sumário da urina sem alterações, radiografia torácica e ecografia abdominal normais.Fez reposição de volume, correção da acidose metabólica e hidroeletrolítica.Por sépsis clínica, fez ampicilina e cefotaxime.Com a reintrodução do leite habitual, objetivaram-se dejeções líquidas profusas, associadas a dor abdominal e reagravamento metabólico. Pela suspeita de APLV, iniciou fórmula extensamente hidrolisada semielementar com normalização das dejeções e um ganho ponderal de 50g/d em 6 dias.Analiticamente, IgE total normal e IgE especifica leite de vaca negativa.Assumiu-se APLV não IgE mediada.

Comentários / Conclusões

As manifestações clínicas da APLV não IgE mediada são variadas, pelo que uma anamnese cuidada e detalhada, valorizando as queixas parentais, são indispensáveis para o diagnóstico atempado de forma a prevenir complicações potencialmente graves.

Palavras-chave: APLV, Choque hipovolémico, Diarreia, Lactente

PD-345 – (23SPP-13095) – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL NA CONSULTA DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL PRIVADO – CASUÍSTICA DE 10 ANOS

Daniela Pestana[1]; Diana Pereira[1]; Filipa Ramos[2]; Marta Cabral[1]

1 – Departamento de Pediatria, Hospital da Criança e do Adolescente, Hospital da Luz (Director de Serviço: Prof. Dr. João Farela Neves); 2 – Serviço de Reumatologia, Hospital da Luz

Introdução e Objectivos
A artrite idiopática juvenil (AIJ) é a doença reumática mais frequente afetando 1/1000 crianças e adolescentes.

Metodologia
Estudo retrospetivo incluindo todas as crianças com idade inferior a 16 anos com o diagnóstico de AIJ segundo os critérios da ILAR no centro ambulatório pediátrico de um hospital privado, no período 2013-2023. Efetuou-se a análise estatística descritiva por Excel®.

Resultados
68 doentes com o diagnóstico de AIJ, subtipos oligoarticular (n=37, 54,4%), poliarticular (n=14, 20,5%), artrite relacionada com entesite (n=5, 7,3%), sistémica (n=1, 1,4%), monoarticular (n=3, 4,4%), psoriática (n=1, 1,4%) e não classificada (n=2, 2,9%), com idade média ao diagnóstico 7 anos (min 1, max 16) e predomínio de sexo feminino (64,7%). Foram registadas um total de 493 consultas. Outras manifestações acompanhantes foram tenossinovite (n=2, 2,9%), dactilite, entesite, esplenomegalia, episclerite e febre (n=1, 1,4%). Relativamente às terapêuticas realizadas (n= 66, 97%): AINE (n=57, 83,8%), DMARDs convencionais (n= 40, 58,8%), biológicos (n= 11, 16,1%), corticoide sistémico (n=3, 4,4%), infiltração articular (n= 16, 23,5%). Laboratorialmente, constatou-se positividade para ANA (n=28, 41,1%), FR (n=2, 2,9%), HLA-B27 (n=14, 20,5%) positivos. Complicação mais frequente: deformação articular (n= 6, 8,8%). Registaram-se n= 12, 17,6% transição para a consulta de adultos e n=27, 39,7% abandonos.

Conclusões
A AIJ é uma doença crónica e debilitante na ausência de tratamento. É fundamental o diagnóstico e tratamento atempados, bem como um seguimento regular, de modo a melhorar a qualidade de vida e o prognóstico a longo prazo destes doentes.

Palavras-chave: artrite idiopática juvenil

PD-346 – (23SPP-12731) – FEBRE E EXANTEMA: QUANDO A INFEÇÃO NÃO EXPLICA TUDO

Cristel Gonçalves[1]; Sílvia Lopes[1]; Filipa Briosa[1]; Lígia Paulos[1]; Sónia Gomes[1]; Alexandra Chaveiro[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo; 2 – Serviço de Dermatologia, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução / Descrição do Caso
No doente pediátrico, a febre e o exantema apresentam maioritariamente uma etiologia infeciosa. Contudo, é importante considerar diagnósticos diferenciais, através de uma anamnese e exame objetivo detalhados para melhor orientação diagnóstica e terapêutica.
Adolescente de 17 anos com antecedentes de perturbação depressiva, medicada com quetiapina e oxcarbazepina. Recorreu ao Serviço de Urgência por febre com 10 dias de evolução, associada a exantema morbiliforme, eritematoso, em toalha, confluente, pruriginoso, que poupava palmas e plantas (Figura 1). A destacar ainda ligeiro edema simétrico da face, mãos, pés e adenopatias inguinais bilaterais com 1,5 cm de maior eixo. A avaliação analítica revelou leucopenia 3400/mm^3 (neutrófilos 76.5%, linfócitos 14.1%, eosinófilos 4,7%) e PCR 0,73 mg/dL, sem alteração da coagulação, da função renal ou hepática. Assumindo-se exantema de etiologia viral, ficou internada para vigilância. Perante a ausência de melhoria clinica, foram considerados outras hipóteses diagnósticas nomeadamente relacionadas com o aumento da dose de oxcarbazepina 12 dias antes da admissão. Colocada a hipótese de síndrome de DRESS (Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms), que foi confirmada por achados sugestivos de toxidermia em biópsia cutânea realizada pela Dermatologia. Perante a suspeita clínica, suspendeu oxcarbazepina e iniciou prednisolona 1 mg/kg/dia, com melhoria do exantema e edema cerca de 30 minutos após 1ª toma. Ficou apirética em D3 de internamento.

Comentários / Conclusões
A síndrome de DRESS é uma reação de hipersensibilidade a medicamentos. Os anticonvulsivantes são o grupo de fármacos mais comumente implicados, salientado o papel importante da anamnese no diagnóstico diferencial de febre associada a exantema.

Palavras-chave: Síndrome de DRESS, Oxcarbazepina, Febre, Exantema morbiliforme

PD-347 – (23SPP-12954) – DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA: A SUSPEITA ALIADA À GENÉTICA

Cátia Juliana Silva[1]; Sofia Miranda[1]; Sara Fernandes[1]; Inês Magalhães[1]; André Costa E Silva[1]; Juliana Maciel[1]

1 – ULSAM

Introdução / Descrição do Caso

Introdução A discinesia ciliar primária é uma patologia genética rara que engloba um espetro de anomalias ciliares estruturais e/ou funcionais. Na maioria dos casos tem heritabilidade autossómica recessiva. Durante a infância manifesta-se frequentemente como infeções recorrentes do trato respiratório superior e inferior. Caso clínico Criança do sexo feminino com 10 anos de idade enviada à consulta de imunoalergologia pediátrica por obstrução nasal crónica e má evolução estaturo-ponderal. Antecedentes de quadro de dificuldade respiratória com hipoxemia aos 8 dias de vida e hidrocefalia aguda por obstrução do aqueduto de sylvius aos 2 meses. Aos 2 anos foi detetado situs inversos, com avaliação cardíaca estrutural e funcional normal. Orientada para otorrinolaringologia por dificuldades na linguagem e noção de hipoacusia apresentando otopatia serosa e sinusite crónica tendo sido submetida a miringotomia bilateral. No estudo complementar realizado na CIAP foram detetadas bronquiectasias. Pela elevada suspeita de discinesia ciliar primária foi realizado estudo genético que revelou uma variante em heterozigotia no gene FoXJ1 que codifica um fator de transcrição necessário para a formação de cílios móveis. DISCUSSÃO A DCP foi diagnosticada dado existir um fenótipo clínico característico e a identificação de uma mutação num gene associado a esta patologia. De realçar que esta é uma mutação que não estava previamente descrita. O caso descrito trata-se do Sindrome de kartagener. O diagnóstico precoce permite o início do tratamento sintomático que por sua vez ajuda a limitar o desenvolvimento de bronquiectasias que são um importante determinante do prognóstico. Os avanços no estudo genético para além de estabelecerem o diagnóstico etiológico possibilita o aconselhamento genético do doente e familiares.

Palavras-chave: Discinesia ciliar primária, Bronquiectasia

PD-348 – (23SPP-12709) – ENTEROCOLITE INDUZIDA POR PROTEINAS: UMA CAUSA RARA

Ana Catarina Rosa[1]; Mafalda Sousa Cardoso[1]; Maria Inês Soares[1]; Teresa Colaço[1]; Ana Margalha Miranda[1]

1 – Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo E.P.E.

Introdução / Descrição do Caso

A Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteínas Alimentares (EIPA) é uma hipersensibilidade gastrointestinal provocada por alimentos, não IgE mediada. Caracteriza-se por um quadro de vómitos persistentes, letargia e palidez cutânea, com início 1 a 4 horas após a sua ingestão. Lactente de 6 meses, do sexo feminino, com antecedentes familiares de atopia e sem antecedentes pessoais de alergia. Permanece sob aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, altura em que inicia a diversificação alimentar. Na segunda semana, duas horas após a refeição de sopa, inicia quadro de vómitos incoercíveis, palidez intensa e prostração, com auto resolução em uma hora. Suspende ablactação. Ao reiniciar mais tarde sopa, apenas com batata, cenoura e cebola, duas horas depois desencadeia quadro idêntico. À observação sem alterações ao exame objetivo. É-lhe recomendado a suspensão do consumo de batata. Fica desde aí clinicamente bem, confirmando a suspeita clínica de EIPA induzida pela proteína desta. O doseamento do nível de IgE-batata foi negativo.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico da EIPA é um desafio, sendo essencial uma suspeição elevada e a exclusão progressiva de diferentes alimentos neste tipo de intolerância é a única ferramenta diagnóstica. Este caso destaca a importância de se considerar a EIPA no diagnóstico diferencial de vómitos e da importância de um atento seguimento clínico.

Palavras-chave: enterocolite, EIPA, hipersensibilidade, vómitos

PD-349 – (23SPP-12943) – DOS 8 AOS 80: DIFERENTES COMPLICAÇÕES DA PNEUMONIA EM IDADE PEDIÁTRICA

Rita Carneiro Martins[1]; Rui J. Miranda[1]; Joana Cardoso[1]; Joana Lorenzo[1]

1 – CHEDV

Introdução / Descrição do Caso

A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é uma das infeções respiratórias mais prevalentes em pediatria. Tem um amplo espetro clínico e, apesar das várias medidas preventivas, continua a ter uma elevada morbimortalidade associada.

Apresentamos 4 casos de PAC em crianças saudáveis, com necessidade de internamento, entre fevereiro e julho de 2023, diferindo nas suas complicações. Em comum apresentavam febre, tosse produtiva, taquipneia, alterações na auscultação pulmonar e parâmetros infecciosos elevados.

Caso 1: Sexo masculino, 2 meses. Hipotransparência no 1/3 superior direito. Ionograma com hiponatrémia (129 mmol/L). Cumpriu antibioticoterapia e a hiponatrémia corrigiu.

Caso 2: Sexo feminino, 11 anos. Hipotransparência no 1/3 inferior do hemitórax direito; Pequeno derrame pleural parapneumónico livre, sem necessidade de drenagem. Boa resposta à antibioticoterapia endovenosa.

Caso 3: Sexo feminino, 8 anos. Hipotransparência no 1/3 superior do hemitórax direito, medicada com antibioticoterapia para o domicílio. Agravamento clínico, com atelectasia. Realizou cinesiterapia respiratória, com resolução.

Caso 4: Sexo feminino, 9 anos. Hipotransparência de todo o hemitórax direito, sem derrame pleural, tendo iniciado antibioticoterapia endovenosa. Agravamento clínico com hipoxemia devido a derrame pleural septado, com necessidade de drenagem. Identificação de Klebesiella pneumoniae. Melhoria com antibioticoterapia prolongada.

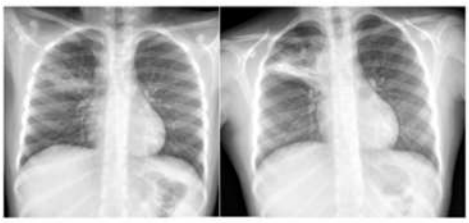
Comentários / Conclusões

A PAC tem geralmente uma apresentação típica, mas pode evoluir de formas diferentes, mais indolentes ou mais graves, com orientações distintas. Neste sentido, os autores reforçam a importância da clínica e dos achados imagiológicos, para o diagnóstico e tratamento adequados das diversas complicações.

Palavras-chave: PAC ; diagnóstico; complicações

Caso 1

Caso 2



Caso 3

Caso 4

PD-350 – (23SPP-13059) – CARACTERIZAÇÃO DAS HOSPITALIZAÇÕES POR COMPLICAÇÕES DA VARICELA AO LONGO DE 10 ANOS NUM HOSPITAL DE NÍVEL II

Maria Ravara[1]; Beatriz Henriques[1]; André Salvada[1]; Mariana Fidalgo Silva[1]; Francisca Costa[1]; Paula Correia[1]

1 – Serviço de Pediatria, Departamento da Criança e do Jovem, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE

Introdução e Objectivos
A varicela, frequente em idade pediátrica, pode cursar com complicações graves. A vacinação contra a varicela pode reduzir em até 90% as hospitalizações por complicações da doença.
Objectivo: caracterizar as complicações de varicela no Serviço de Pediatria.

Metodologia
Estudo retrospetivo observacional de crianças (0-18 anos) internadas por complicações da varicela, de 2013 a 2022 num Serviço de Pediatria de um hospital de nível II. Análise estatística: SPSS.

Resultados
Internadas 97 crianças com média de 3,7 anos (σ=3,4), nenhuma vacinada contra a varicela, 1 imunossuprimida, 26 foram o 2º caso intrafamiliar, internadas em mediana durante 4 dias, 7 em cuidados intensivos. Registaram-se 109 complicações: 78 sobreinfeções da pele e partes moles, 3 infeções do pescoço (1 fleimão retrofaríngeo, 1 adenofleimão cervical, 1 parotidite), 9 sépsis (1 com choque séptico, 7 com rash escarlatiniforme, 1 com bacteriémia), 8 pneumonias, 4 osteoarticulares (2 osteomielites, 1 artrite séptica, 1 artrite reactiva), 7 neurológicas (2 encefalites e 5 ataxias cerebelares agudas). Os internamentos ocorreram em média no 5º dia de doença, 14 tiveram isolamento de agente (S. *pyogenes*/S. *aureus*) e 9/36 crianças com indicação, iniciaram aciclovir em ambulatório.
Dos 78 casos de sobreinfeção da pele/tecidos moles: 6 tinham dermatite atópica, 8 sob AINEs/salicilatos, 4 apresentaram exantema escarlatiniforme, 11 tiveram isolamento de agente.
Como sequela a longo-prazo registou-se dismetria dos membros em um caso de osteomielite.

Conclusões
Registámos elevado número e gravidade de complicações associadas à varicela. Apenas um quarto dos doentes com indicação de iniciar aciclovir em ambulatório foram medicados. É desejável uma reflexão sobre a estratégia de vacinação e medicação atempada.

Palavras-chave: varicela, complicações neurológicas, impetiginização, aciclovir

PD-351 – (23SPP-12587) – NEUROBLASTOMAS DE ALTO RISCO – CASUÍSTICA DE 14 ANOS

Patrícia Sousa[1]; Rita Aldeia Da Silva[2]; Ana Fraga[3]; Cátia Sousa[4]; Cristiana Couto[4]; Catarina Sousa[4]; Ana Maia Ferreira[4]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 3 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria; 4 – Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto

Introdução e Objectivos
O neuroblastoma é um tumor sólido frequente em Pediatria. Os neuroblastomas de alto-risco (NAR) apresentam comportamento habitualmente agressivo com sobrevida reduzida.
Propusemo-nos a descrever a epidemiologia, abordagem e comportamento dos NAR nesta unidade.

Metodologia
Estudo observacional retrospetivo que inclui doentes pediátricos com diagnóstico de NAR entre 2010-2023. Descrição da sua apresentação clínica, abordagem terapêutica e comportamentos. Valores de $p<0,05$ considerados estatisticamente significativos.

Resultados
Diagnosticados 18 casos, 55,6% do sexo masculino, com mediana de idade de 2 (1,1-2,3) anos. A localização mais frequente foi a glândula suprarrenal (SR) (n=12, 66,7%) e "indiferenciado" o subtipo histológico mais comum. Quinze (83,3%) apresentavam INRGSS M, 16 (88,9%) elevação das catecolaminas urinárias e a mediana de desidrogenase do lactato (DHL) era 696 (400-1297) U/L. Verificou-se captação no MIBG em 16 (88,9%) (n=5 apenas da lesão suspeita e n=11 multifocal). A amplificação do oncogene MYCN estava presente em 8 (44,4%) e 8 apresentavam alterações segmentares do 1p36. Houve fatores de risco imagiológicos em 12 (70,6%) e sintomas ameaçadores de vida em 4 (23,5%). Todos realizaram protocolo de alto risco (HR-NBL/SIOPEN). Houve resposta completa primária em 50% e metastática em 7 (38,9%); A mortalidade foi de 33,3%, a sobrevida livre de doença 3,5 (0-5) anos e a sobrevida global 5 (1-7 anos). Não houve correlação entre o valor de DHL à admissão e a sobrevida livre de doença ou global (p=0,875/p=0,802).

Conclusões
Conforme a literatura, verificamos que os NAR são mais frequentes em idades precoces e a glândula SR é a localização mais frequente. Ao contrário de outros estudos, não houve correlação entre o valor de DHL e o prognóstico.

Palavras-chave: Neuroblastoma, Neuroblastoma de alto-risco

PD-352 – (23SPP-12877) – NEUROBLASTOMA DE ALTO RISCO: A MESMA DOENÇA, DIFERENTES APRESENTAÇÕES

Joana Pereira Mendes[1]; Ana Meireles[2]; Catarina Sousa[3]; Cátia Sousa[3]; Cristiana Couto[3]; Ana Maia Ferreira[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Covilhã; 2 – Serviço de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do IPO Porto; 3 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Instituto Português de Oncologia do Porto, Fernando Gentil

Introdução / Descrição do Caso

O neuroblastoma é o tumor sólido abdominal mais comum da infância e responsável por 15% da mortalidade pediátrica relacionada ao cancro. A sua apresentação clínica é variada, heterogénea e depende da localização do tumor primário e da extensão da doença metastática. O estadiamento define o tipo de tratamento e prognóstico, com um tempo de sobrevida a 5 anos de >90% no grupo de baixo risco e aproximadamente 50% no de alto risco.
Descrevemos quatro casos de neuroblastoma de alto risco, diagnosticados entre os 10 meses e 2 anos. Caso 1: dor abdominal, obstipação e anorexia, com identificação de massa abdominal no exame objetivo. Caso 2: claudicação e febre, com identificação de massa retroperitoneal em ecografia dirigida à anca. Caso 3: tumefação supraclavicular esquerda, posteriormente associada a dor óssea noturna. Caso 4: dificuldade respiratória grave secundária a volumosa massa abdominal detetada no exame objetivo. Classificados como alto risco, por doença metastática e/ou amplificação do gene MYCN, tendo realizado quimioterapia (QT) neoadjuvante, cirurgia, QT de alta dose com transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos periféricos, radioterapia e imunoterapia. Atualmente, 1 encontra-se em tratamento de 1ª linha, 2 já terminaram o tratamento e encontram-se em vigilância e 1 faleceu.

Comentários / Conclusões

Os sintomas iniciais do neuroblastoma são inespecíficos e difíceis de detetar, sendo necessário um elevado índice de suspeição. É de elevada importância a formação e discussão destes casos junto dos profissionais de saúde para uma deteção o mais precoce possível, para melhorar o prognóstico.

Palavras-chave: Neuroblastoma de alto risco, Série de casos, Apresentação clínica

PD-353 – (23SPP-12657) – MANIFESTAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE CANCRO PEDIÁTRICO: SÉRIE DE CASOS

Mariana Martins[1]; Joana Rebelo[2]; Ana Paula Fernandes[2]; Susana Nunes[2]; Maria Bom-Sucesso[2,3]

1 – Serviço de Pediatria da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 – Serviço de Oncologia Pediátrica do Centro Hospitalar Universitário de São João; 3 – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução / Descrição do Caso

O cancro pediátrico apresenta-se raramente com queixas musculoesqueléticas (QME), condicionando dilemas diagnósticos. Os autores relatam uma série de casos ilustrativos de doença oncológica com QME como manifestação inicial.
Caso 1: 4 anos, febre, claudicação e coxalgia esquerda desde há 2 dias. Suspeita de artrite séptica. Após internamento prolongado, a tomografia computadorizada do tórax revelou volumosa massa mediastínica posterior direita com calcificações e a investigação adicional confirmou o diagnóstico de neuroblastoma metastizado.
Caso 2: 12 anos, lombalgia há 3 semanas, despertar noturno e obstipação. Hemoglobina e leucócitos normais; plaquetas 109 000/uL. Exames de imagem com evidência de achatamento vertebral. Instalação de pancitopenia, sem blastos no sangue periférico (SP) e imunofenotipagem de SP normal. O mielograma levou ao diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda tipo B.
Caso 3: 16 anos, coxalgia esquerda desde há um ano, com irradiação e despertar noturno. Agravamento com sintomas neurológicos e massa palpável. Diagnóstico final de Sarcoma de Ewing.
Caso 4: 17 anos, febre baixa e lombalgia. Suspeita inicial de infeção, agravamento posterior com síndrome de cauda equina e massa de tecidos moles. Primeira biópsia sem evidência de neoplasia, mas o segundo exame evidenciou Sarcoma de Ewing.
Caso 5: 17 anos, claudicação e gonalgia esquerda há 2 meses. Diagnóstico final de osteossarcoma do fémur.

Comentários / Conclusões

O cancro pediátrico pode manifestar-se com dor óssea localizada ou difusa, alteração ou recusa na marcha, sintomas articulares, mialgias, QME refratárias ao tratamento. É necessário alto grau de suspeita clínica e adequada investigação, pois o diagnóstico e tratamento precoces são cruciais na melhoria do prognóstico.

Palavras-chave: Manifestações musculoesqueléticas, Cancro Pediátrico

PD-354 – (23SPP-12866) – FRATURAS DE STRESS E DOENÇA ONCOLÓGICA: DILEMAS DE DIAGNÓSTICO

Helena Duarte[1]; Daniela Pinto[2]; Daniela Alves[3]; Susana Nunes[3]; Maria Do Bom-Sucesso[3]

1 – Serviço de Pediatria da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário S. João; 2 – Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário S. João; 3 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Centro Hospitalar Universitário S. João

Introdução / Descrição do Caso

As fraturas ósseas em crianças com doença oncológica podem traduzir fraturas patológicas. O diagnóstico de fratura de stress é um diagnóstico de exclusão. Nestes casos, a radiografia simples do local afetado pode não ser esclarecedora, aumentando o dilema de diagnóstico.

Criança de 2 anos, com o diagnóstico de neuroblastoma torácico localizado, observada 45 dias após término do tratamento por apresentar dor referida à face posterior de ambos os joelhos, a condicionar claudicação da marcha. Sem sintomas constitucionais. Ao exame objetivo sem sinais inflamatórios ou alterações da mobilidade articular. Realizou ecografia e Rx da anca e joelho sem alterações. Na cintigrafia óssea de corpo inteiro foi observada hipercaptação óssea intensa na projeção do 1/3 proximal da diáfise da tíbia direita e discreta à esquerda. Para esclarecimento diagnóstico foi realizada ressonância magnética nuclear dos membros inferiores que mostrou edema medular ósseo com realce após contraste e imagem linear paralela ao eixo longo diafisário. Repetiu Rx que confirmou traços de fratura lineares e simétricos bilateralmente e reação periosteal na diáfise direita, achados compatíveis com fraturas de stress. O 123I-MIBG foi negativo. A clínica regrediu completamente.

Comentários / Conclusões

Perante um doente oncológico a progressão/recidiva da doença, é sempre uma hipótese a considerar. As fraturas de stress são resultado de forças repetitivas que excedem a capacidade de hipertrofia óssea, não ocorrendo fratura completa. Em crianças entre os 9 meses e 3 anos relacionam-se com o início da marcha, localizando-se frequentemente na tíbia. Neste caso a imobilização prolongada decorrente das hospitalizações poderá ter culminado na perda de resistência elástica óssea e consequente fratura.

Palavras-chave: Fraturas de stress, Neuroblastoma

PD-355 – (23SPP-12851) – HIPERTENSÃO ARTERIAL: DOIS TUMORES PARA EXCISAR, UMA SÍNDROME PARA VIGIAR

Filipa Curinha[1,2]; Cátia Martins[1]; Inês Romão Luz[1]; Mónica Jerónimo[1]; Joana Serra Caetano[3]; Sara Ribeiro[4]; Maria Francelina Lopes[5]; Manuel João Brito[1]

1 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.; 2 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.; 3 – Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.; 4 – Serviço de Genética, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.; 5 – Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução / Descrição do Caso

O feocromocitoma (FCC) é um tumor das células cromafins da medula adrenal secretor de catecolaminas, constituindo uma causa de hipertensão arterial (HTA). Em idade pediátrica, é raro e associa-se a doenças genéticas, localização multicêntrica ou extra-adrenal, doença metastática e recorrente.

Adolescente de 14 anos com cefaleias, tonturas, diaforese, tremor, palpitações, HTA e perda ponderal, com 3 meses de evolução. Eletrocardiograma e ecocardiograma iniciais sem alterações. Ecografia abdominal com formação nodular de 4,3 cm no rim direito e outra de 5 cm no rim esquerdo. À observação, apresentava TA>P99, taquicardia e dor à palpação abdominal. Analiticamente com elevação do NT-proBNP e da normetanefrina plasmática e urinária. Ficou internado sob nifedipina e, por suspeita de FCC, iniciou fenoxibenzamina. Após controlo tensional, por taquicardia reflexa, houve necessidade de iniciar atenolol. Da investigação, salienta-se TC torácica, RM abdomino-pélvica e PET (DOPA-F18) compatíveis com FCC bilateral não metastático. Estudo genético com confirmação molecular de síndrome de von Hippel-Lindau. Submetido a adrenalectomia bilateral total, sem intercorrências. Atualmente encontra-se assintomático e normotenso, sob terapêutica substitutiva com hidrocortisona e fludrocortisona.

Comentários / Conclusões

A HTA em idade pediátrica é rara e implica a exclusão de causas secundárias. Perante uma massa suprarrenal, o diagnóstico de FCC deve ser considerado. A cirurgia constitui o tratamento definitivo, contudo, o controlo tensional e cronotrópico no período perioperatório é essencial para a prevenção de complicações. A atuação multidisciplinar é fundamental para definir um plano de seguimento e potenciar o prognóstico individual.

Palavras-chave: Feocromocitoma, Síndrome de von Hippel-Lindau, Hipertensão Arterial

PD-356 – (23SPP-12845) – ANEMIA DE FANCONI: APRESENTAÇÃO COMO LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA

Catarina Pinto Silva[1]; Ricardo Craveiro Costa[1]; Raquel Gonçalves[1]; Mónica Jerónimo[1]; Sónia Silva[1]; Manuel João Brito[1]

1 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

A anemia de Fanconi (AF) é uma doença rara, autossómica recessiva, caracterizada por instabilidade cromossómica. Associa-se a suscetibilidade aumentada para desenvolver leucemia, sobretudo leucemia mieloblástica aguda (LMA), que ocorre sobretudo no final da adolescência/jovem adulto e que no contexto de AF tem mau prognóstico.

Criança de 4 anos, etnia cigana, com petéquias e equimoses com 3 semanas de evolução, associadas a rinorreia e tosse com 2 semanas de evolução. Apresentava palidez muco-cutânea, petéquias e equimoses dispersas, sem adenopatias ou hepatoesplenomegalia. Analiticamente com pancitopenia (Hb 4,9g/dL, leucócitos 3900/uL, neutrófilos 430/uL, plaquetas 13000/uL), VS 97 mm/h, restante bioquímica sem alterações.

Imunofenotipagem da medula óssea (MO) mostrou 15,6% de blastos de linha mieloide e fenótipos aberrantes associados a displasia na linha eritroide. Foi assumido o diagnóstico de LMA e possível condição predisponente associada dada a pancitopenia e percentagem de blastos na MO. Foi solicitado estudo para AF e encontrada em homozigotia a variante c.295C>T;p.Gln99* no exão 4 do gene FANCA. Iniciou quimioterapia segundo protocolo institucional, encontrando-se em remissão completa e tem previsto alotransplante de progenitores hematopoiéticos (TPH).

Comentários / Conclusões

A LMA no contexto de AF está associada a toxicidade significativa e períodos prolongados de aplasia devido à instabilidade do ADN. O reconhecimento precoce da AF (frequente na etnia cigana) é crucial para a realização de TPH antes da transformação em leucemia.

Palavras-chave: Leucemia Mieloblástica Aguda, Anemia de Fanconi, Oncologia Pediátrica

PD-357 – (23SPP-12619) – TUMOR DE WILMS COM APRESENTAÇÃO INICIAL INVULGAR

Daniel Zorato[1]; João Sousa Marques[2]; Sofia Fernandes[1]

1 – Hospital Privado de Alfena; 2 – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Introdução / Descrição do Caso

Criança, 3 anos, sexo masculino, observado inicialmente no serviço de urgência por quadro de hematúria macroscópica, sem outras queixas; o sedimento urinário apresentava 500 leucócitos/µL, 150mg/dL proteínas e 250mg/dL eritrócitos; teve alta medicado empiricamente para infeção do trato urinário; terapêutica suspensa após resultado estéril da urocultura. Retornou após 30 dias por quadro de distensão abdominal progressiva; quando questionada, a família referia também dor abdominal ocasional e episódios intermitentes de hematúria macroscópica. Apresentava-se com bom estado geral, destacando-se abdómen distendido, mole, com dor à palpação do hipocôndrio direito e massa dura palpável até 10cm abaixo do rebordo costal direito. Analiticamente sem alterações. A ecografia abdominal evidenciou volumosa massa sólida centrada no rim direito, medindo 11x10x14cm, que deslocava o fígado superiormente, com suspeita diagnóstica de Tumor de Wilms. Foi encaminhado para hospital de referência, onde o diagnóstico foi confirmado e tratamento iniciado, com boa evolução clínica.

Comentários / Conclusões

O Tumor de Wilms é a quarta neoplasia pediátrica mais comum e o principal tumor abdominal e renal em idade pediátrica. Afeta crianças abaixo dos 5 anos (idade média ao diagnóstico: 3,5 anos), manifestando-se por dor abdominal (40% dos casos), hipertensão arterial (25%) e hematúria macroscópica (25%). O tratamento envolve nefrectomia e quimioterapia, com taxa de sobrevida de 90% aos 5 anos. O caso mencionado teve uma apresentação inicial atípica, com hematúria macroscópica isolada e um motivo de ida à urgência invulgar, a distensão abdominal progressiva. É importante ter em mente o diagnóstico diferencial destas situações para antecipar o diagnóstico grave como deste caso.

Palavras-chave: Nefroblastoma, Wilms, Hematúria

PD-358 – (23SPP-12599) – TUMOR DE WILMS: UMA NEOPLASIA SILENCIOSA

Francisca Albuquerque[1]; Gabriela Sousa[1]; Carolina Calçada[1]; António Guerra[1]; Teresa Castro[1]

1 – Hospital Espírito Santo de Évora

Introdução / Descrição do Caso

O tumor de Wilms é a neoplasia renal mais frequente em idade pediátrica, sobretudo até aos 15 anos. Na maioria dos casos apresenta-se como um tumor solitário unilateral, podendo, no entanto, ter atingimento bilateral. Em aproximadamente 10% dos casos, surge associado a um síndrome malformativo. Apresenta-se tipicamente como uma massa ou edema abdominal, podendo ainda manifestar-se com dor abdominal, hematúria, febre ou hipertensão.
7 anos, sexo masculino, previamente saudável, apresentou-se no serviço de urgência com dor abdominal após queda sobre guiador de triciclo, com traumatismo abdominal 2 dias prévios à admissão. Concomitantemente, referia febre com 24h de evolução (temperatura máxima axilar de 38.2ºC). À admissão, hemodinamicamente estável, com dor e defesa à palpação dos quadrantes abdominais esquerdos, sobretudo hipocôndrio, sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente, Hb 13,9g/dL, Leucócitos 13200/uL (74,1% Neutrófilos), PCR 15,2mg/dL. Realizou TC toraco-abdomino-pélvica, revelando uma imagem nodulariforme renal esquerda, encapsulada, com 8,4x6x8cm. Por hipótese diagnóstica de tumor renal esquerdo, foi transferido para o IPO de Lisboa, onde se confirmou o diagnóstico de tumor de Wilms, sem metastização. Decidiu-se internamento para início de quimioterapia pré-operatória. Foi submetido a nefroureterectomia total esquerda no Hospital Dona Estefânia cerca de 1 mês após a data do diagnóstico, sem intercorrências associadas. Teve alta 3 dias após a intervenção cirúrgica.

Comentários / Conclusões

O tumor de Wilms é uma patologia de apresentação heterogénea, que beneficia de uma abordagem multidisciplinar, com seguimento clínico e imagiológico a longo prazo. O prognóstico varia consoante o estadio e histologia tumoral.

PD-359 – (23SPP-12944) – MUITO MAIS QUE UMA DOR NOS MEMBROS INFERIORES: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Francisca Lopes[1]; Tatiana Moreira[2]; Sara Figueiredo[1]; Susana Lopes[1]; Marta Almeida[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Médio Ave; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Universitário São João; 3 – Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução / Descrição do Caso

INTRODUÇÃO
A dor nos membros inferiores (MIs) é uma queixa frequente em idade pediátrica. Os diagnósticos diferenciais são vastos, desde condições benignas até doença grave. Assim, é importante uma anamnese e exame objetivo (EO) detalhados, com reconhecimento dos sinais de alarme.

CASO CLÍNICO
Criança de 6 anos, sexo feminino, recorreu ao Serviço de Urgência durante a madrugada por dor incapacitante nos MIs, acentuada na região pré-tibial, com 3 dias de evolução. Tinha ainda rinorreia, obstrução nasal e tosse. Sem febre, perda ponderal, astenia ou hipersudorese noturna. Ao EO apresentava-se queixosa, com palidez cutânea, orofaringe ruborizada, adenomegalias cervicais, axilares e inguinais bilaterais, moles, móveis e indolores, hepatoesplenomegalia e petéquias nos MIs. Analiticamente com anemia (Hb 9,40 g/dL), trombocitopenia grave (13 000/uL), linfocitose (5430/uL) e elevação da LDH (1254 UI/L). Esfregaço de sangue periférico com 24% de blastos. Radiografia torácica sem massas mediastínicas.
Foi transferida para o IPO do Porto, onde se confirmou o diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda do tipo B (LLA-B), com presença da translocação t(9,22), que resulta na fusão do gene BCR-ABL – cromossoma Philadelphia (Ph).

Comentários / Conclusões

COMENTÁRIOS/CONCLUSÕES
A leucemia é a neoplasia mais comum em idade pediátrica, sendo a LLA-B o subtipo mais frequente.
A anamnese e EO cuidadosos permitiram identificar os sinais de alarme para etiologia maligna (dor noturna incapacitante, adenomegalias, hepatoesplenomegalia e petéquias), pedir os exames que corroboram a hipótese diagnóstica e orientar adequadamente. Trata-se de uma LLA-B Ph+, o que confere alto risco e pior prognóstico. No entanto, é das raras neoplasias com tratamento dirigido (Imatinib).

Palavras-chave: dor nos membros inferiores, sinais de alarme, leucemia

PD-360 – (23SPP-12812) – UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO AGUDO EM IDADE PEDIÁTRICA

Filipa Curinha[1,2]; Cátia Martins[1]; Mónica Jerónimo[1]; Sónia Silva[1]; Manuel João Brito[1]

1 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.; 2 – Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução / Descrição do Caso

As leucemias e linfomas representam 1/3 dos diagnósticos oncológicos em pediatria. As manifestações mais frequentes incluem hepatoesplenomegalia, linfadenopatias, alterações hematológicas, dor osteoarticular e sintomas constitucionais. A tumefação testicular, sintomas secundários a massa mediastínica e neurológicos são menos comuns.

Rapaz de 10 anos com dor periorbitária direita e rubor ocular com várias semanas de evolução, ptose e anisocória em agravamento. Associadamente, toracalgia esquerda de predomínio noturno com 2 meses de evolução, que não cedia à analgesia. Recorreu ao serviço de urgência 5 vezes, tendo o estudo imagiológico sugerido o diagnóstico de Shwannomas do III, IV e VI pares cranianos. Na última observação, com ar doente, palidez, midríase fixa direita, diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda, tumefação torácica esquerda e tumefação escrotal bilateral. Hemograma, VS, LDH e ácido úrico sem alterações. A radiografia torácica revelou hipotransparência lobulada no mediastino esquerdo, com sinal da silhueta e extensão à base pulmonar esquerda. Ecografia escrotal com tumefação testicular bilateral heterogénea e hipoecogénica e RM toraco-abdominal com massa para-vertebral esquerda com extensão intracanalar, extradural e atingimento vertebral dorsal. A biópsia testicular permitiu o diagnóstico de Linfoma Linfoblástico de células precursoras B. Atualmente está em remissão e fora de tratamento.

Comentários / Conclusões

Destaca-se a apresentação com sintomas neurológicos, associados a sinais e sintomas de outros órgãos e sistemas (aumento do volume escrotal e dor torácica). O quadro clínico, associado a um exame objetivo completo, deveria ter evocado o diagnóstico de doença oncológica mais precocemente.

Palavras-chave: Linfoma Linfoblástico de Células Precursoras B, Paralisia do Terceiro Nervo, Tumefação Testicular

PD-361 – (23SPP-12891) – HEPATOMEGALIA MASSIVA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO COM APRESENTAÇÃO FULMINANTE

Luzia Condessa[1]; Mafalda Félix Cabral[2]; Paula Rocha[2]; Diana Amaral[2]; Cristina Gonçalves[3]; Miguel Vieira Martins[4]

1 – Unidade Funcional de Pediatria do Hospital de Cascais; 2 – Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3 – Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 4 – Departamento de Oncologia da Criança e do Adolescente, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil

Introdução / Descrição do Caso

A hepatomegalia pode ser a manifestação inicial de várias patologias, incluindo infiltração neoplásica. O neuroblastoma (NB) é o tumor sólido extracraniano mais comum na infância, com uma clínica heterogénea que depende da sua localização e da presença de manifestações paraneoplásicas, sendo o seu diagnóstico histológico.

Menina de 18 meses, com TGV corrigida, internada por distensão abdominal, obstipação e irritabilidade com 3 dias de evolução. À admissão, palidez, polipneia, sopro sistólico III/VI, hepatomegália pétrea e edema periférico. Hemoglobina 7.2 g/dL, 67000 plaquetas, AST 223 UI/L, ALT 77 UI/L, LDH 5702 U/L, VS 18 mm/h, PCR 3,7 mg/dl, TP prolongado e FV, FVII, albumina e fibrinogénio diminuídos. Hepatomegália massiva multinodular confirmada ecograficamente. Excluídas causas cardíacas, infeciosas, autoimunes, metabólicas e tóxicas. Elevação de ácido úrico, com alfafetoproteína normal, sem blastos. Evidência imagiológica de lesão expansiva suprarrenal com metastização hepática. Elevação de enolase neuroespecífica e catecolaminas urinárias, com confirmação histológica de NB e amplificação de N-myc. Internada na UCIP em D10, por instabilidade hemodinâmica, síndrome compartimental, instalação de falência hepática e insuficiência respiratória, tendo completado 5 dias de quimioterapia, sem resposta favorável. Evolução para falência multiorgânica com paragem cardiorrespiratória irreversível em D20.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de NB foi desafiante pelos antecedentes e inespecificidade da clínica. O prognóstico e tratamento são variáveis, dependendo da idade, estadio, e estudo histológico e molecular. Neste caso, o curso foi desfavorável, com rápida evolução e falência multiorgânica, sendo crucial um elevado índice de suspeita.

Palavras-chave: neuroblastoma, oncologia, hepatomegalia, hepatite

PD-362 – (23SPP-12859) – SARCOMA MIELÓIDE: UMA FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

Cátia Martins[1]; Filipa Curinha[1]; Raquel Gonçalves[1]; Mónica Jerónimo[1]; Sónia Silva[1]; Manuel João Brito[1]

1 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introdução / Descrição do Caso

O sarcoma mielóide (SM) constitui uma forma rara de apresentação de leucemia mielóide aguda. Pode surgir em qualquer localização e preceder o envolvimento da medula óssea (MO). Menina de 7 anos, com dores osteoarticulares intermitentes e anorexia com um mês de evolução. Recusa da marcha nos últimos três dias. À observação apresentava palidez, tumefações na região frontal e temporal duras, indolores e sem sinais inflamatórios. Na perna direita apresentava zona ruborizada, quente e dolorosa com 5 cm. Analiticamente tinha pancitopenia, imunofenotipagem de sangue periférico sem alterações e aspirado de MO inconclusivo. A imagiologia revelou múltiplas lesões ósseas da calote craniana com componente tecidual. Por febre iniciou antibioterapia de largo espetro com melhoria transitória do padrão térmico, dor e sinais inflamatórios da perna. Repetiu aspirado de MO, inconclusivo, e foi realizada biópsia das lesões da calote com imunofenotipagem e histologia inconclusivas. Por agravamento das citopenias, febre, exantema, elevação da ferritina e fibrinogénio baixo iniciou corticoterapia por suspeita de linfohistiocitose hemofagocítica. Realizou PET-CT que mostrava múltiplas adenopatias hipermetabólicas e extenso envolvimento medular/ósseo. Repetiu a biópsia da calote craniana com imunofenotipagem e histologia sugestivas de SM. O terceiro aspirado de MO tinha 80% de percursores mielóides com fenótipo igual ao das lesões da calote craniana. Iniciou quimioterapia com avaliação de doença residual mínima negativa após o primeiro ciclo.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de SM foi desafiante. Na presença de tumefações associadas a suspeita de doença oncológica deve ser considerada a hipótese de SM.

Palavras-chave: Leucemia mielóide aguda, Sarcoma mielóide, Neoplasias hematológicas

PD-363 – (23SPP-12616) – HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME E ANGIOMA TUFADO – SÉRIE DE CASOS

Ana Mafalda Gonçalo[1]; Joana Rebelo[2,3,4,5]; Susana Nunes[2,4]; Miguel Madureira[3,5,6]; Maria Garcia[3,5,7]; Helena Barroca[3,4,5,8]; Maria Bom-Sucesso[2,3,4,5,9]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 3 – ANOVASC, Grupo interdisciplinar de Anomalias Vasculares, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 4 – PaedCan, European Reference Network For Paediatric Cancer; 5 – VASCERN, European Reference Network on Rare Multisystemic Vascular Diseases; 6 – Serviço de Radiologia, Unidade de Radiologia de Intervenção, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 7 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 8 – Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 9 – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução / Descrição do Caso

O hemangioendotelioma kaposiforme (HEK) e o angioma tufado (AT) são tumores vasculares raros, a maioria de comportamento local agressivo, que ocorrem tipicamente na infância precoce e se pensa pertencerem ao mesmo espetro neoplásico. O fenómeno de Kasabach-Merrit (KMP) é uma coagulopatia de consumo que ocorre em cerca de 70% dos HEK e em 10% dos AT.

Efetuada a revisão dos casos de HEK e AT dos últimos 12 anos, tratados no Serviço de Oncologia Pediátrica de um Hospital de referência. Os autores descrevem 6 casos, 3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. O diagnóstico foi de HEK em 4, dois com KMP, e de AT em dois, um com KMP. Em todos, as manifestações clínicas iniciaram-se nos primeiros meses de vida, e um foi uma recidiva na adolescência. Cinco doentes necessitaram de terapêutica médica e um manteve-se em vigilância inicial. Em todos os doentes com KMP foi utilizada corticoterapia e vincristina, em conjunto com outros fármacos. Nos 3 casos mais recentes, um deles com KMP, foi utilizado, adicionalmente, sirolimus oral. Em todos os doentes tratados verificou-se melhoria clínica e resolução do KMP com a terapêutica instituída.

Comentários / Conclusões

A heterogeneidade da apresentação e a associação de comorbilidades relacionadas com a doença, tornam a abordagem destes doentes um desafio. Na ausência de orientações específicas ou tratamento standard, têm sido utilizadas múltiplas modalidades de tratamento, sobretudo em doentes graves. Estudos recentes têm demonstrado a eficácia do sirolimus, inibidor do m-TOR, no tratamento do HEK. São fulcrais a referenciação atempada e o diagnóstico e tratamento em contexto multidisciplinar.

Palavras-chave: Hemangioendotelioma kaposiforme, Angioma tufado, Fenómeno de Kasabach-Merrit

PD-364 – (23SPP-13089) – SÍNDROME OPSOCLONUS-MIOCLONUS: O QUE ESTÁ POR TRÁS?

Maria Beatriz Morais[1]; Raquel Neves[2]; Carolina Albuquerque[1]; Mafalda Casinhas[1]; Gustavo Queirós[1]; Joana Faleiro[3]; Cláudia Constatino[3]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Vila Franca de Xira; 2 – Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC); 3 – Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPO)

Introdução / Descrição do Caso

O síndrome opsoclonus-mioclonus é uma doença rara, caracterizada por opsoclonus e mioclonias multi-focais, associados a ataxia, irritabilidade e alterações do ciclo sono-vigília.

Sexo masculino, 12 meses, antecedentes pessoais irrelevantes para a história da doença atual. Recorre à Urgência por movimentos oculares erráticos, inicialmente esporádicos, com agravamento progressivo, associados a intolerância ao decúbito dorsal, irritabilidade e dificuldade do sono com 14 dias de evolução. À observação, destacava-se irritabilidade e choro persistente, movimentos oculares erráticos constantes multidirecionais e ataxia. Abdómen sem massas palpáveis. Sem febre, vómitos ou sinais meníngeos. Analiticamente a destacar leucopénia (4.200/uL) com neutropenia (930/uL), velocidade de sedimentação aumentada (19 mm/h). Serologia positiva para herpesvírus humano tipo 6. Isolamento de Influenza A (H1N1) e Rhinovírus no painel de vírus e bactérias respiratórias. Doseamento de catecolaminas urinárias sem alterações.

Tomografia computorizada crânio-encefálica e radiografia de tórax e abdómen, sem alterações. Ecografia abdominal mostrou uma massa sólida, ovalar, bem definida, em localização anterior aos grandes vasos retroperitoneais, no abdómen superior. Por suspeita de neuroblastoma, contactou-se o Instituto Português de Oncologia de Lisboa e iniciou protocolo de dexametasona e clonazepam. Realizou estudo complementar e submetido a excisão completa da massa tumoral. Atualmente mantém seguimento e pulsos de corticoterapia.

Comentários / Conclusões

O SOM apresenta-se frequentemente como síndrome paraneoplásico em idade pediátrica, com cerca de metade dos casos associados à presença de neuroblastoma, sendo obrigatória a sua exclusão.

Palavras-chave: Neuroblastoma, Síndrome Opsoclonus-Mioclonus, Irritabilidade, Ataxia

PD-365 – (23SPP-13047) – MÉTODOS CONTRACETIVOS NA ADOLESCÊNCIA: O USO DE IMPLANTES SUBCUTÂNEOS NUM HOSPITAL NÍVEL 2

Susete Vieira[1]; Catarina Menezes[1]; Joana Oliveira[2]; Inês Patrício Rodrigues[2]; Sidonie Monteiro[3]; Filipe Oliveira[4]; Paula Fonseca[4]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Materno Infantil do Norte – Centro Hospitalar Universitário de Santo António;
2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro;
3 – Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Médio Ave;
4 – Unidade de Adolescentes, Centro Hospitalar Médio Ave – Unidade de Famalicão

Introdução e Objectivos

A adolescência carateriza-se pela dificuldade na avaliação dos riscos e impulsividade, havendo maior possibilidade de gravidez não planeada e infeções sexualmente transmissíveis. Em Portugal o implante subcutâneo progestativo (ISP) é o contracetivo de longa duração mais utilizado. São efeitos secundários mais comuns a hemorragia uterina anormal (HUA) e aumento ponderal.

Metodologia

Estudo retrospetivo observacional das adolescentes que colocaram ISP num hospital nível 2, entre 2013-2022. Análise de dados sociodemográficos, história ginecológica, motivo de colocação e efeitos laterais por consulta do processo clínico. A análise estatística foi feita através do SPSS v. 27 e a evolução dos motivos de colocação ao longo do tempo através da correlação de Pearson.

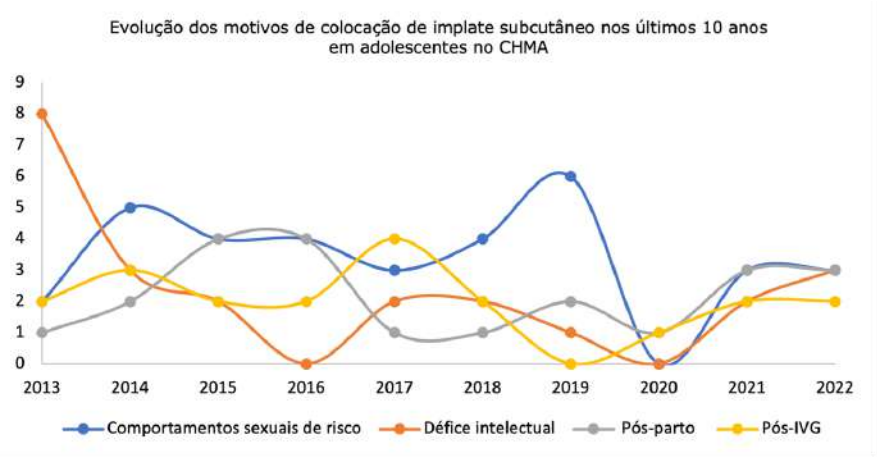
Resultados

Foram colocados 125 ISP em utentes com idade média 15±1 anos. 40% não usavam método contracetivo prévio e o mais utilizado era o contracetivo oral combinado. Em 35% existiam fatores de risco social. A referenciação através da consulta de Adolescentes foi 21%. Os principais motivos de colocação foram comportamentos sexuais de risco, défice intelectual e pós-parto/interrupção voluntária da gravidez. Os motivos mudaram progressivamente ao longo dos anos. Destaca-se o decréscimo significativo da colocação de ISP por défice intelectual (R=-2.020, p=0.024). O principal efeito lateral descrito foi HUA (15%), das quais 12 persistiram após terapêutica farmacológica, motivando remoção. O aumento ponderal ocorreu em 11%.

Conclusões

O ISP é um método eficaz, não dependente do utilizador. Em 2020 o decréscimo poderá ter correspondido ao período pandémico. É fundamental o conhecimento deste método, bem como suas indicações, efeitos laterais, aconselhamento e rastreios preconizados.

Palavras-chave: contraceção, adolescentes



PD-366 – (23SPP-12992) – ÚLCERA VULVAR: QUANDO O AGENTE NÃO É O MAIS ESPERADO

Marta Rodrigues Amaral[1]; Rosa Duarte Cardoso[1]; Sofia Pedrosa De Moura[2]; Susana Leitão[2]; Miguel Costa[1]

1 – Serviço de Pediatria e Neonatologia do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; 2 – Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução / Descrição do Caso

As úlceras vulvares podem ter diversas etiologias, nomeadamente, infeções sexualmente transmissíveis, reações inflamatórias, doenças autoimunes ou outras.

Sexo feminino, 11 anos, saudável, observada por dor e lesões vulvares com 48h de evolução. Em D1 de doença, medicada com econazol tópico, sem melhoria. Sexualmente inativa, negada aplicação prévia de creme ou outra substância. Sem história de trauma ou de abuso sexual. Sem história de úlceras recorrentes orais/genitais. Corrimento inespecífico. Ao exame ginecológico: eritema vulvar e 4 úlceras nos pequenos lábios e vestíbulo, com bordas vermelho-violácea cobertas por exsudado acinzentado, aparência algo simétrica ("kissing pattern").

Realizada colheita do exsudado das úlceras, tendo sido negativa para Mycoplasma, Trichomonas vaginalis, Ureoplasma, Haemophilus ducreyi, Herpes simples I e II, Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae e Clamydia trachomatis. Serologias para CMV, EBV, Toxoplasmose, Sífilis, Parvovírus, Herpes, Influenza A e B e Mycoplasma negativos. Isolamento de anticorpo anti paramixovírus IgG e IgM positivo. Calprotectina fecal 55 mg/Kg, ASCA e ANCA negativos. Restante estudo analítico sem alterações. Admitidas Úlceras de Lipschütz. Alta medicada com lidocaína em gel, cloridrato de benzidamina e propionato de clobetasol até cicatrização completa. Resolução completa ao fim de 5 semanas.

Comentários / Conclusões

A úlcera de Lipschütz é um diagnóstico de exclusão. Pode estar associada a variadas infeções, como infeções respiratórias provocadas pelo paramixovírus, sendo as úlceras resultado de uma vasculite localizada. O inicio é agudo e pode ser precedido por sintomas respiratórios. Tipicamente ocorre em adolescentes sem história sexual ativa. Tem resolução espontânea em 6 semanas.

Palavras-chave: Úlceras vulvares; Úlcera de Lipschütz; Paramixovírus

PD-367 – (23SPP-13002) – O IMPACTO DAS ATIVIDADES EXTRACURRICULARES NO RENDIMENTO ESCOLAR DOS ADOLESCENTES – PROJETO PILOTO

Mariana Dias Costa[1]; Mariana Cortez Ferreira[1]; João Filipe Nico[2]; Sofia Semedo[2]; Filipa Neves[2]; Patrícia Rocha[2]; Nádia Brito[2]

1 – Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução e Objectivos

O impacto das atividades extracurriculares (AEC) no rendimento escolar tem vindo a ser alvo de discussão, no entanto diversos autores salientam a existência de um efeito positivo em termos de desenvolvimento biopsicossocial na adolescência. Pretende-se avaliar o impacto das AEC no rendimento escolar e a opinião de adolescentes sobre estas.

Metodologia

Questionário realizado a adolescentes (10-18A) relativo ao último ano letivo, com estudo comparativo entre G1 (sem AEC) e G2 (com AEC). Amostra aleatória (escolas, estruturas de saúde e online). Análise por SPSS.

Resultados

Até à data obtiveram-se 49 respostas (resultados provisórios, amostra será ampliada até setembro 2023), 37% G1 e 63% G2, idade mediana de 15A, mediana de escolaridade 9ºA. A presença de comorbilidades/ medicação habitual e seguimento em consulta hospitalar foi semelhante entre os grupos. Constatou-se que no G2 77% dos adolescentes praticam desporto, 39% frequenta >1 AEC e 32% dedica >5h/semana a AEC. A média de notas no último ano letivo foi semelhante entre os grupos (p=0,685).
No global verificou-se que os adolescentes são da opinião de que as AEC são importantes, que melhoram a organização do tempo de estudo, o comportamento e o desempenho escolar, contribuindo para que façam mais amigos (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da amostra e estudo comparativo entre G1 (sem AEC) e G2 (com AEC).

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA GLOBAL	Todos (n=49)	Sem AEC (n=18)	Com AEC (n=31)	*p* valor
Características gerais				
Idade - mediana (min-max) [anos]	15 (10-18)	15 (11-18)	13 (10-18)	0,184
Sexo masculino - n (%)	24 (49%)	6 (33%)	18 (58%)	0,095
Características clínicas				
Seguimento em consulta hospitalar - n (%)	31 (63%)	11 (61%)	20 (65%)	0,812
Pediatria/Adolescente	20	7	14	
Nutrição	4	2	2	
Desenvolvimento	2	0	2	
Pedopsiquiatria	2	1	1	
Alergologia	2	1	1	
Dermatologia	1	0	1	
Endocrinologia	4	1	3	
Gastrenterologia	1	0	1	
Comorbilidade - n (%)	28 (57%)	8 (44%)	20 (65%)	0,171
Medicação habitual - n (%)	17 (35%)	4 (22%)	13 (42%)	0,139
Dados escolares no último ano letivo				
Ano de escolaridade - mediana (min-max) [ano]	9 (4-12)	10 (5-12)	8 (4-12)	0,079
Nota - média ± DP	4,10 ± 0,61	4,05 ± 0,52	4,13 ± 0,66	0,685
Pretende seguir curso universitário - n (%)	28 (57%)	6 (33%)	22 (71%)	0,162
Sabe a profissão que quer - n (%)	31 (63%)	11 (61%)	20 (65%)	0,812
Opinião sobre o impacto das AECs - média ± DP				
Quem tem AECs é melhor aluno*	3,94 ± 0,86	3,59 ± 0,80	4,13 ± 0,85	**0,036**
AECs ajudam a organizar o tempo de estudo*	3,56 ± 0,94	3,41 ± 1,00	3,65 ± 0,92	0,418
Quem tem AECs comporta-se melhor*	3,73 ± 0,87	3,53 ± 0,80	3,84 ± 0,90	0,242
Quem tem AECs tem mais amigos*	4,21 ± 0,74	3,76 ± 0,83	4,45 ± 0,57	**0,001**
AECs perturbam o tempo de estudo*	2,38 ± 0,94	2,41 ± 0,87	2,35 ± 0,99	0,843
Os pais incentivam AECs*	3,96 ± 0,97	3,71 ± 0,85	4,10 ± 1,01	0,183
AECs são importantes*	4,29 ± 0,65	4,00 ± 0,71	4,45 ± 0,57	**0,020**
Os adolescentes gostam de AECs*	3,83 ± 0,66	3,59 ± 0,62	3,97 ± 0,66	0,057
Os adolescentes fazem os TPCs a tempo*	3,02 ± 0,98	3,12 ± 0,86	2,97 ± 1,05	0,617
Características do agregado familiar				
Idade materna - mediana (min-max) [anos]	45 (32-52)	46 (36-51)	45 (32-52)	0,486
Escolaridade da mãe - n (%)				0,113
Ensino básico	12 (24%)	7 (39%)	5 (16%)	
Ensino secundário	21 (43%)	7 (39%)	14 (45%)	
Ensino superior	15 (31%)	3 (17%)	12 (39%)	
Idade paterna - mediana (min-max) [anos]	46,5 (34-61)	48 (39-61)	45 (34-56)	0,325
Escolaridade do pai - n (%)				0,276
Ensino básico	19 (39%)	9 (50%)	10 (32%)	
Ensino secundário	21 (43%)	5 (28%)	16 (52%)	
Ensino superior	7 (14%)	2 (11%)	5 (16%)	

*numa escala de "1" (discordo completamente) a "5" (concordo completamente)

Conclusões

A maioria dos adolescentes frequenta AEC e quase 1/3 dedica >5h/ semana a estas atividades. Globalmente os adolescentes são da opinião de que as AEC são benéficas e contribuem para maior socialização. Para já não se objetivou impacto das AEC no rendimento escolar dos adolescentes.

Palavras-chave: Atividades extracurriculares, Rendimento escolar, Adolescentes

PD-368 – (23SPP-12748) – DOENÇA FACTÍCIA OU PATOLOGIA ORGÂNICA: A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE

Madalena Von Hafe[1]; Joana Ventura Lourenço[1]; Lara Lourenço[1]

1 – Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução / Descrição do Caso

Adolescente de 16 anos do sexo feminino recorre ao Serviço de Urgência por uma posição cervical anormal de início súbito. Nega outros sintomas associados ou episódios similares prévios. Tem uma perturbação de personalidade, sob risperidona oral. Sem outros antecedentes de relevo. Durante a anamnese, a posição cervical anómala alterna de lado. A adolescente mantinha-se colaborante, orientada e hemodinamicamente estável. Posteriormente referia também discreta dificuldade respiratória, com ligeira alteração da fala e contrações anómalas da língua. A força e sensibilidade estavam preservadas nos 4 membros e era evidente a retroversão ocular, mas com capacidade de seguir o dedo com o olhar e sem alteração da acuidade visual. Quando questionada sobre alterações recentes da medicação ou infeções anteriores, refere que há um dia mudou a formulação da risperidona, tendo mudado de comprimidos para gotas 1mg/ml (administrado com uma seringa), e quando avaliada o modo de preparação torna-se evidente a sobredosagem, dose 10 vezes superior à dose recomendada. Após a suspeita de síndrome extrapiramidal por sobredosagem de risperidona foi realizado um ECG que estava normal e o quadro resolveu após a administração de biperideno.

Comentários / Conclusões

A síndrome extrapiramidal é uma síndrome com formas de apresentação variadas e o seu diagnóstico pode ser difícil se não for reconhecido o *trigger*.A colheita cuidadosa da história clínica deve sempre ser a pedra basilar da prática clínica. A não estigmatização dos doentes com patologia psiquiátrica é essencial para não atrasar o diagnóstico. Salienta-se a importância de rever a dosagem e métodos de administração dos fármacos, sendo a risperidona um medicamento com erros frequentes na administração da solução oral.

Palavras-chave: Doença factícia, Síndrome extra-piramidal, Efeitos adversos

PD-369 – (23SPP-13085) – TROMBOSE VENOSA CEREBRAL NA ADOLESCÊNCIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Madalena Alexandre[1]; Madalena Pires[1]; Afonso Sousa[1]; Ana Teresa Guerra[2,3]; Ana Rita Constante[2,4]; Mafalda Rebelo[5]; Ana Castro[6]; Raquel Maia[6]; Filipa Marques[2]; Rita Silva[5]

1 – Área de Pediatria, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 – Unidade de Adolescentes, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 3 – Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE; 4 – Hospital Distrital Caldas da Rainha, Centro Hospitalar do Oeste, EPE; 5 – Unidade de Neurologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 6 – Unidade de Hematologia, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

A trombose venosa cerebral (TVC) é uma entidade rara, mais comum no sexo feminino. A presença de trombofilia ou obesidade associada ao uso de contraceção hormonal combinada (CHC) oral em mulheres jovens é o principal fator de risco para TVC.

Descreve-se um caso de uma adolescente de 17 anos, sob CHC oral há 1 mês por dismenorreia e quisto ovárico hemorrágico. Diarreia profusa com 6 dias de evolução, vómitos, dor abdominal e perda ponderal de 4kg. Associa-se no 4º dia cefaleia frontal direita e retrocular explosiva, fonofobia, fotofobia e despertar noturno, intensidade 10/10. À admissão, desidratada, exame neurológico sem alterações. Na avaliação analítica destacava-se lesão renal aguda – TFG 58.1mL/min/1.73m^2. Angio-TC cranioencefálica com trombose dos seios longitudinal posterior, transverso, sigmóide e veia jugular interna direitos. Pontuava 0 no *score* de risco para TVC.

Iniciou anticoagulação com enoxaparina 1mg/kg/dose 12/12h e suspendeu CHC. Na investigação anticorpo anti-cardiolipina IgG duvidoso e anticoagulante lúpico positivo, mantendo anticoagulação com enoxaparina até reavaliação fora de fase aguda. Pesquisa de antigénio *Giardia lamblia* positiva nas fezes, medicada com metronidazol oral 5 dias.

À reavaliação após 1 mês com marcadores de Síndrome Anticorpo Antifosfolípido negativos pelo que se alterou a anticoagulação para rivaroxabano 20mg/dia.

Comentários / Conclusões

A TVC condiciona uma morbimortalidade importante, pelo que é essencial a sua deteção precoce e início atempado de anticoagulação. É um diagnóstico a considerar em adolescentes sob CHC com cefaleia de novo. Este caso clínico conjugou dois fatores de risco, por um lado a desidratação e por outro a CHC, algo frequente em raparigas adolescentes.

Palavras-chave: trombose venosa cerebral, trombofilia, contraceção hormonal combinada, anticoagulação

PD-370 – (23SPP-12675) – COCCIDINIA NUM ADOLESCENTE – FRATURA OU VARIANTE DO NORMAL?

Joana F. Pires[1]; Maria Miguel Resende[2]; Raquel Guedes[3]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga; 3 – Departamento Medicina do Adolescente, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução / Descrição do Caso

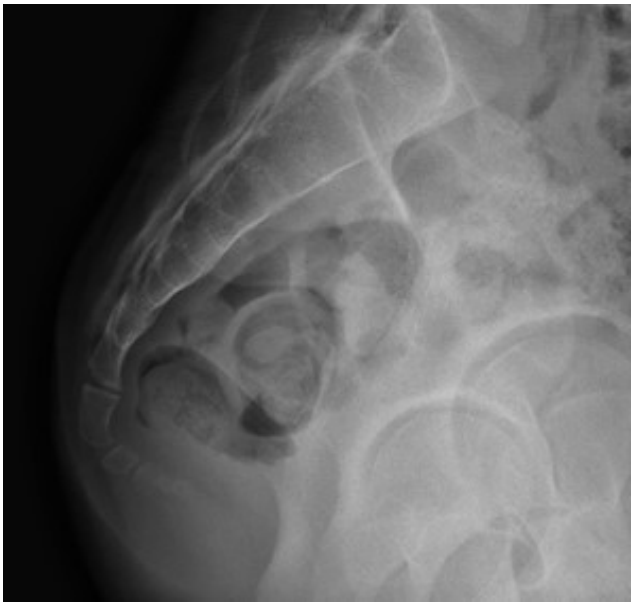
O cóccix é o ponto de fixação de muitos ligamentos, músculos e tendões, tendo funções essenciais e dinâmicas no equilíbrio e mobilidade. Este consiste em 3-5 vertebras fundidas e existem várias variantes anatómicas (I-VI) que podem ser causa de dor e confundidas com fraturas.

Rapaz de 15 anos, sexo masculino, em seguimento em consulta de medicina do adolescente por PHDA, relatou queixas de dor na região sacrococcígea com cerca de 2 anos de evolução. A dor agravava imediatamente após se sentar sobre o cóccix e melhorava ao ficar em pé ou em decúbito dorsal. O adolescente relatou um pequeno trauma na região do cóccix anos antes. Ao exame físico não havia sinais aparentes de inflamação ou infeção. No entanto, era relatada sensibilidade e desconforto à palpação do cóccix. Uma radiografia do cóccix foi solicitada, tendo revelado uma angulação anterior proeminente (Figura 1.). Perante a dúvida da existência de fratura, a imagem foi discutida com Ortopedia, concluindo-se ser compatível com uma variante do cóccix tipo III. O adolescente foi então referenciado à consulta de Ortopedia, mantendo melhoria franca das queixas após instituição de medidas de suporte.

Comentários / Conclusões

O nosso caso pretende demonstrar que variantes anatómicas do cóccix podem ser confundidas com fraturas do cóccix na prática diária. Estão descritos 6 tipos de variantes sendo que, pessoas com um cóccix do tipo II-IV são mais propensas a desenvolver queixas álgicas. O tratamento destes casos passa inicialmente por métodos conservadores, como almofadas ortopédicas, AINEs, fisioterapia e mudanças no estilo de vida. Métodos de tratamento, como injeção de corticosteroides, bloqueio ganglionar e cirurgia também estão disponíveis para casos refratários.

Palavras-chave: cóccix, dor, anatomia, adolescente



PD-371 – (23SPP-12784) – SÉRIE DE CASOS ACNE FULMINANS

Inês Eiras[1]; Mariana Santos Nobre[1]; Sara Sousa Fernandes[1]; Dalila Rocha[1]; Sandrina Martins[1]; Vera Teixeira[1]

1 – Unidade Local Saúde Alto Minho

Introdução / Descrição do Caso

A acne vulgaris é uma condição dermatológica comum durante a adolescência. Embora as formas ligeiras/moderadas sejam as mais frequentes, pode ter uma apresentação grave com potencial atingimento sistémico.

Apresento 3 adolescentes, dois dos quais com 15 anos e um de 17 anos, com acne grave, motivo pelo qual iniciaram isotretinoína oral. Em todos os casos, com o início da terapêutica, verificou-se um agravamento clínico, com lesões inflamatórias exuberantes, dolorosas, com exsudado purulento e sanguinolento principalmente no tronco, e sintomas sistémicos como astenia, mialgias e perda ponderal. Um dos doentes apresentava ainda lesões eritematosas dolorosas nos membros inferiores, compatível com eritema nodoso. Em todos os casos foi realizado um estudo analítico que evidenciou elevação dos parâmetros inflamatórios. Todos suspenderam a isotretinoína e iniciaram corticoterapia associada a antibioterapia. Após início da terapêutica verificou-se franca melhoria, com lesões menos inflamatórias e desaparecimento do exsudado purulento. Posteriormente, reiniciaram a isotretinoína com titulação lenta. Atualmente, todos os casos com franca melhoria da acne, sem lesões inflamatórias mas ainda com cicatrizes.

Comentários / Conclusões

Acne fulminans é uma forma rara e grave de acne que se caracteriza pelo surgimento de erupções cutâneas inflamatórias de forma súbita e dolorosa, com potencial atingimento sistémico. Pode ser desencadeado por terapêutica com isotretinoína. Com esta série de casos, os autores pretendem alertar que o uso deste fármaco deve ser ponderado nos casos de acne grave, e sublinhar a importância do reconhecimento precoce desta entidade, de forma a iniciar um tratamento adequado que passa pela corticoterapia, com a suspensão da isotretinoína.

Palavras-chave: Acne fulminans, Isotretinoína

PD-372 – (23SPP-12772) – UMA DERMATITE RARA... – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Eiras[1]; Margarida Moreno Fernades[1,2]; Dalila Rocha[1]; Vera Teixeira[1]; Sandrina Martins[1]

1 – Unidade Local Saúde Alto Minho; 2 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução / Descrição do Caso

Em idade pediátrica são múltiplas as vindas ao Serviço de Urgência (SU) por lesões cutâneas. Os autores apresentam uma causa rara de dermatite em idade pediátrica.

Adolescente, 13 anos, sexo feminino. Recorreu ao SU por surgimento, nos 4 dias anteriores, de lesões inicialmente na mama esquerda com progressão para o hemitórax ipsilateral, com prurido e dor associados. Ao exame objetivo apresentava múltiplas manchas de cor purpúrica, ovais, com 2 cm de diâmetro, superfície rugosa em diferentes fases de evolução, algumas com vesículas coalescentes, que respeitavam o dermátomo T1 e T2. Medicada sintomaticamente e referenciada a consulta urgente de dermatologia. Observada dois dias depois onde foram colhidas serologias para VHS1/2 e VVZ. Teve alta medicada com valaciclovir. Após 1 semana, recorreu ao SU por lesões no hemitorax direito, iguais às descritas anteriormente. Serologias colhidas, negativas. Quando questionada, referiu que no ano anterior apresentou lesões similares no antebraço esquerdo. Realizada biópsia das lesões, e medicada com cicalfate creme. Reavaliada após 2 meses, com melhoria clínica bilateralmente, com múltiplas manchas cicatriciais. De novo referiu lesões na mão direita iguais às prévias.

O resultado anátomo-patológico foi consistente com Dermatite Artefacta (DA). Quando confrontada com o diagnóstico, adolescente negou lesões auto infligidas ou causadas por outrem. Abandonou a consulta, com perda de seguimento.

Comentários / Conclusões

A DA é um distúrbio psicodermatológico raro, de difícil diagnóstico, caracterizado pela autoindução de lesões cutâneas. Neste caso clinico, o padrão inconsistente de surgimento e distribuição das lesões, a sua cicatrização sem tratamento dirigido e o relatório anátomo-patológico, corroboram com DA.

Palavras-chave: Dermatite Artefacta, Lesões autoinfligidas

PD-373 – (23SPP-12633) – DOR ABDOMINAL EM ADOLESCENTE – NEM SEMPRE É O QUE NOS PARECE À PRIMEIRA VISTA...

Francisca Strecht Guimarães[1]; Joana Ferreira Mendes[1]; Susana Saraiva[1]; Susana Leitão[1]; Miguel Costa[1]

1 – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Introdução / Descrição do Caso

A dor abdominal na fossa ilíaca direita (FID) motiva frequentemente vinda ao serviço de urgência pediátrica (SUP). Embora a patologia Gastrointestinal (GI) seja predominante, não podemos esquecer a patologia Ginecológica, principalmente na adolescência. Adolescente do sexo feminino,17 anos, recorre ao SUP por dor abdominal desde há um dia. Localizava a dor na FID, sem irradiação, elevada intensidade com vómitos associados. Negava outra sintomatologia. Antecedentes pessoais: menarca aos 15 e coitarca aos 16 anos, com cataménios normais. Data da última menstruação no dia anterior. Objetivamente: mucosas ligeiramente secas e dor à palpação e descompressão na FID, com sinal de McBurney duvidoso. Apresentava recusa da marcha. Realizou ecografia abdominal que descartou apendicite aguda. Pediu-se observação por Ginecologia, que realizou ecografia transvaginal: "fina lâmina de liquido livre, e no anexo direito neoformação unilocular hipoecogénica de 100x73x73mm". Por suspeita de torção de quisto ovárico foi proposta para cirurgia. No bloco, foi realizada laparoscopia confirmando-se torção do anexo direito e volumoso quisto da trompa direita; procedeu-se a destorção do anexo seguido de salpingectomia direita com conservação do ovário homolateral. O exame anatomo-patológico revelou cisto seroso simples paratubar e estruturas de cistoadenofibroma seroso do ovário. O pós operatório decorreu sem intercorrências.

Comentários / Conclusões

A torção do quisto ovárico é uma patologia benigna, com sintomatologia exuberante podendo confundir-se com apendicite aguda. Habitualmente tem óptimo prognóstico. O atraso no diagnóstico pode levar a necrose do ovário e necessidade de anexectomia unilateral. Assim, o diagnóstico e tratamento precoces, permitem preservar a fertilidade.

Palavras-chave: Adolescente; Dor abdominal; Torção; Ovário

PD-374 – (23SPP-12920) – ABDÓMEN AGUDO NO ADOLESCENTE, A IMPORTÂNCIA DE UMA ANAMNESE COMPLETA

Adriana Afonso Romano[1]; Sofia Martinho[2]; Fábia Carvalho[1]; Andreia Vaz Felizes[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; 2 – Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital de Braga

Introdução / Descrição do Caso

A apresentação da doença inflamatória pélvica (DIP) é variável,podendo manifestar-se com dor abdominal nos quadrantes inferiores, febre, diarreia, náuseas, vómitos e leucorreia. Apresentamos o caso de uma adolescente de 14 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal nos quadrantes inferiores, vómitos e febre com 24h de evolução. Ao exame objetivo, abdómen com dor e defesa à palpação de todos os quadrantes, com reação peritoneal evidente na fossa ilíaca direita e hipogastro. Analiticamente, leucocitose com neutrofilia e Proteína C Reativa de 110mg/L. Realizou ecografia abdomino-pélvica que evidenciou aumento de ecogenicidade da gordura peri-cólica e mesentérica de forma difusa, sem identificação do apêndice. TC-abdómino-pélvico sem alterações. Proposta laparoscopia exploradora onde se identificou exsudado purulento na cavidade peritoneal, com apêndice macroscopicamente normal e pesquisa de divertículo de Meckel negativa. Admitida a suspeita de DIP, foi realizada colheita de exsudado vaginal para estudo microbiológico e PCR, detetando-se infeção a *Neisseria Gonorrhoeae*. Realizou 1 toma de Ceftriaxone ev e iniciou Doxicilina e Metronidazol, 15 dias, com orientação subsequente para Consulta de Adolescentes e Ginecologia.

Comentários / Conclusões

Dada a variabilidade de apresentação e os múltiplos diagnósticos diferenciais de abdómen agudo, o diagnóstico de DIP exige um alto grau de suspeição clínica. Com este relato, pretendemos destacar a importância de uma anamnese completa, que, no caso dos adolescentes, deve ser complementada com um momento a sós onde deve ser realizada a abordagem biopsicossocial. Este poderá ser um momento chave para o correto diagnóstico, principalmente aquando queixas inespecíficas.

Palavras-chave: Doença inflamatória pélvica, Infeções sexualmente transmissíveis, Neisseria gonorrhoeae, Adolescente

PD-375 – (23SPP-12925) – ECRÃS E REDES SOCIAIS NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Sofia Seabra Vieira[1]; Beatriz Carmo[1]; Mariana Ribeiro[1]; Diana Bordalo[1,2]; Ana Maia[1,2]

1 – Serviço de Pediatria, Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar e Universitário de São João; 2 – Departamento de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução e Objectivos

Atualmente, com a exposição crescente a ecrãs e ao mundo virtual em idade pediátrica, é importante que se sensibilize esta população e os seus pais dos riscos que esta acarreta.
O objetivo do trabalho foi caracterizar a exposição a ecrãs e redes sociais na população pediátrica.

Metodologia

Foi aplicado um questionário, via *online*, a pais de crianças/adolescentes.

Resultados

Obtiveram-se 371 respostas. O tempo de ecrãs diário variou de forma crescente com 68% de crianças com menos de 2 anos expostas <1hora; 62% entre os 3 e 5 anos e 71% entre os 6 e 12 anos expostas 1 a 2 horas, 53% dos restantes adolescentes com exposição 2 a 4 horas. A exposição >4horas foi descrita em 22,7% nos adolescentes. Não se verificou associação entre o número de horas de exposição de pais e filhos. A maioria dos pais considerou como idade apropriada para possuir telemóvel/tablet próprio entre os 11 e os 15 anos (82,4%). 88,9% dos filhos tinha acesso a redes sociais, e 29,4% conta própria em, pelo menos, uma. 71,9% dos pais referiu ter falado sobre riscos dos ecrãs e redes sociais com os filhos, 44,3% referia ter sido abordado em contexto de consulta médica e 58,9% na escola.

Conclusões

Com o aumento do uso de redes sociais e exposição a ecrãs em idade pediátrica, aumenta também a preocupação sobre todos os riscos a isso inerentes. Este deve ser um tema a abordar nas consultas de Pediatria, para que estes riscos sejam reconhecidos e possam ser dadas ferramentas educativas às famílias.

Palavras-chave: ecrãs, redes sociais, adolescência

PD-376 – (23SPP-12951) – CRIANÇAS E ADOLESCENTES IMIGRANTES EM CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL NUM HOSPITAL NÍVEL II

Bárbara Parreira[1]; Madalena Fonseca[2]; Maria Inês Marques[1]; Joana Jorge[1]; Filipa Ferreira[1]; Manuela Braga[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.; 2 – Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, CHULN-HSM, Lisboa, Portugal

Introdução e Objectivos

Em Portugal, em 2021, a imigração permanente representava 5% da população total, sendo 8% crianças até aos 14 anos, com uma tendência de aumento anual de 16%. Por este motivo, torna-se relevante a caracterização desta população para uma melhor adequação dos cuidados prestados. Caracterizar a abordagem, motivos de referenciação, patologias e orientação das crianças e adolescentes imigrantes, observados em consulta de pediatria geral (CPG) num hospital nível II.

Metodologia

Estudo retrospetivo e descritivo, através da consulta dos processos clínicos de crianças e adolescentes imigrantes observados em CPG durante o ano de 2022. Análise estatística através do programa SPSS® (versão 25.0).

Resultados

Foram incluídos 154 doentes, 55% do sexo masculino, mediana de idades de 5 anos (IQR=3-9, mín. 3 meses; máx. 17 anos). A origem mais frequente foi o Brasil (37%), seguido de Angola (20%). Das crianças observadas, 66% foi referenciado do centro de saúde (CS), apesar de 56% não ter médico de família (MF). O principal motivo de referenciação foi o atraso do desenvolvimento psicomotor (ADPM) (23%). Em 36% (n=55) foi realizado estudo analítico (EA) e destes, 27% (n=15) com anemia (n=9 carencial). Confirmou-se o diagnóstico em 76% e dos restantes, 13% foram considerados sem doença. Foram referenciados a outras consultas 35% dos doentes, a maioria a Consulta de Desenvolvimento (37%). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na análise efetuada.

Conclusões

A maioria das crianças não tinha MF. O principal motivo de referenciação foi o ADPM, o que pode justificar o número reduzido de EA, constituindo uma perda de oportunidade de rastreio (carencial e infeccioso) nesta população.

Palavras-chave: Imigrantes, Rastreio, Abordagem

PD-377 – (23SPP-12600) – PITIRÍASE LIQUENÓIDE CRÓNICA EM ADOLESCENTE

Ariana Tavares[1]; Inês Azevedo[2]; André Coelho[3]; Miguel Costa[2]; Diogo Teixeira[1]

1 – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho; 2 – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; 3 – UNILABS

Introdução / Descrição do Caso

A pitiríase liquenóide crónica é uma doença inflamatória cutânea rara, considerada um subtipo de pitiríase liquenóide. Com etiologia ainda desconhecida, há estudos que indicam tratar-se de uma resposta de hipersensibilidade à infeção ou de um distúrbio linfoproliferativo primário. Ainda que considerada uma condição benigna, requer acompanhamento pela progressão rara, mas possível, para linfoma cutâneo de células T.

Adolescente de 15 anos, sexo masculino, sem antecedentes relevantes ou medicação habitual. Recorreu ao serviço de urgência por erupção cutânea generalizada recorrente, assintomática, com 5 meses de evolução. Negava prurido, sintomas sistémicos ou episódio infecioso relevante. O exame dermatológico demonstrou pápulas ovaladas eritematodescamativas, algumas com ligeira erosão, essencialmente no abdómen e extremidades proximais bilateralmente, sem atingimento palmoplantar. Sem outras alterações ao exame objetivo nomeadamente adenopatias. O estudo analítico não revelou alterações de relevo. Foi orientado para consulta de dermatologia onde, pela suspeita de pitiríase liquenóide, realizou biópsia cutânea, que confirmou o diagnóstico.

Comentários / Conclusões

Este caso ilustra uma condição incomum, cujas manifestações clínicas pouco específicas podem dificultar o diagnóstico. Os achados do exame objetivo devem fazer suspeitar, sendo necessária biópsia cutânea para a confirmação diagnóstica. Apesar do tratamento não ser obrigatório, pode melhorar a aparência das lesões cutâneas e inclui corticoide, eritromicina e, ocasionalmente, metotrexato. A fototerapia com UVB tem constituído uma opção segura nesta faixa etária. Como precaução recomenda-se acompanhamento dermatológico anual.

Palavras-chave: pitíríase liquenóide crónica, pitiríase liquenóide, adolescente

PD-378 – (23SPP-12994) – AVALIAÇÃO DO PERFIL DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIÓTICOS NA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA

Maria Inês Neto[1]; Rita Vilar Queirós[1]; Bárbara Querido Oliveira[1]; Carolina Jesus E Sá[1]; Inês Ganhão[1]; Catarina Serra[1]; Catarina Lacerda[1]

1 – Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.

Introdução e Objectivos

A infeção do trato urinário (ITU) é uma patologia comum em idade pediátrica, sendo fundamental conhecer a prevalência de microorganismos e seu padrão de suscetibilidade antibiótica (AB) para uma terapêutica empírica racional.

Objetivo: Caraterizar o perfil de suscetibilidade aos AB dos principais agentes etiológicos na ITU pediátrica.

Metodologia

Estudo observacional retrospetivo dos exames microbiológicos de urina com resultado positivo e colheita assética na urgência pediátrica de um hospital grupo I em 2021 e 2022 e comparação com estudo de 2016 na mesma instituição.

Resultados

Foram registadas 365 uroculturas (UC) positivas. Verificou-se predomínio do sexo feminino (76,4%) e a idade mediana foi 61 (1,9-15,4) meses. Em 84,1% dos casos foi instituída antibioterapia (AB) empírica (45,6% cefuroxima-axetil (CEF); 40,1% amoxicilina/ácido clavulânico (AAC)), adequada em 84% das situações.

Os principais agentes identificados foram *E. coli* (64,1%), *Proteus mirabilis* (18,6%), *S. saprophyticus* (9,3%) e *Klebsiella pneumoniae* (3,8%). 2,2% eram bactérias produtoras de ESBL. Globalmente, e também no caso de E. coli, constatou-se elevada sensibilidade a AAC (86,7/85%), CEF (97,7/97,8%) e fosfomicina (98,6/100%). A resistência a CEF e nitrofurantoína foi maior no sexo masculino (p=.037/p<.001). Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre resistência a AAC e o sexo ou idade; e CEF demonstrou maior resistência em idade <3 meses (p=.017).

Conclusões

Em relação a 2016 verificou-se um aumento da resistência global a AAC, CEF e nitrofurantoína; bem como um aumento da sensibilidade a trimetoprim/sulfametoxazol. Ainda assim, a generalidade dos isolados foram sensíveis a CEF, permanecendo a AB empírica mais adequada na ITU em idade pediátrica no nosso hospital.

Palavras-chave: Infecção Urinária, Antibiótico, Resistência Medicamentosa, Resistência a Antibióticos

Tabela 1 – Perfil de sensibilidade aos antibióticos

Antibiótico	Estudo atual 2021-2022*					Estudo 2016 (%)	
	E. coli	*Proteus mirabilis*	*S. saprophyticus*	*Klebsiella pneumoniae*	Global	*E.coli*	Global
Ampicilina	136/234 (58,1)	48/68 (70,6)	a	0/14 (0)	191/330 (57,9)	59,5	65,5
Amoxicilina/Ácido clavulânico	199/234 (85)	65/68 (95,6)	32/32 (100)	11/14 (78,6)	314/362 (86,7)	92,8	93,9
Fosfomicina	195/195 (100)	b	a	b	217/220 (98,6)	a	a
Nitrofurantoína	b	1/60 (1,7)	28/28 (100)	b	97/163 (59,5)	93	76,1
Cefuroxima-axetil	225/230 (97,8)	65/65 (100)	a	13/14 (92,9)	302/309 (97,7)	98,2	98,3
Trimetoprim / Sulfametoxazol	184/234 (78,6)	59/68 (86,8)	34/34 (100)	14/14 (100)	302/362 (83,4)	75,7	81,7

*n (sensíveis) /n (testados) (%); a = não disponível; b = realizado em menos de 60% dos casos

PD-379 – (23SPP-12946) – PIELONEFRITE AGUDA A SALMONELLA: UM CASO CLÍNICO DE REFLUXO VESICOURETERAL EM ADOLESCENTE

Rebeca Santos[1]; Catarina Almeida[1]; Dolores Barros[1]; João Goulão[2]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo; 2 – Cirurgia Pediátrica, Serviço de Pediatria, Hospital Beatriz Ângelo

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: A pielonefrite aguda é uma patologia comum em idade pediátrica. Dos agentes patogénicos, a *Salmonella spp.* é uma causa muito rara de infeção urinária. Caracteriza-se pela associação com malformações do trato urinário ou imunodeficiências.

Descrição do caso: Adolescente de 15 anos, sexo masculino, com antecedentes familiares irrelevantes. Primeiro episódio de pielonefrite aguda a *Escherichia coli* multissensível aos 10 anos, com ecografia renovesical normal, tendo abandonado seguimento em consulta de Pediatria. Diagnosticado com duas cistites agudas a *Salmonella enterica* multissensível no período de dois meses antes da admissão, medicado com cefuroxime oral com melhoria sintomática. Foi internado por pielonefrite aguda e orquiepididimite bilateral, tendo sido isolada novamente *Salmonella enterica* em urocultura. Cumpriu 21 dias de ceftriaxone, de acordo com teste de sensibilidade aos antibióticos, sem intercorrências. Realizou ecografias renovesicais seriadas sem alterações e TC abdominopélvica sem evidência de complicações. Na alta, referenciado para consulta de Pediatria. Efetuou cistocintigrafia direta, que documentou refluxo vesicoureteral bilateral II-III, misto à direita e ativo à esquerda. Avaliado pela Cirurgia Pediátrica, tendo sido submetido a tratamento endoscópico em julho, sem intercorrências. Mantém seguimento em ambulatório, à data sem novas infeções urinárias.

Comentários / Conclusões

Conclusão: Este caso destaca-se pela raridade do agente etiológico isolado. Relembra a importância de investigação de malformações do trato urinário na infeção urinária por *Salmonella enterica,* mesmo que na ausência de alterações ecográficas.

Palavras-chave: pielonefrite, refluxo vesicoureteral, Salmonella

PD-380 – (23SPP-13079) – REFLUXO VESICOURETERAL – CASUÍSTICA DA CONSULTA DE UM HOSPITAL NÍVEL I

Elsa Machado Guimarães[1]; Daniela Paiva Catalão[1]; Joana Da Costa Ribeiro[1]; Patrícia Miranda[1]

1 – Centro Hospitalar de Leiria

Introdução e Objectivos

O refluxo vesicoureteral (RVU) é uma anomalia nefro-urológica muito frequente em crianças, sendo um dos principais motivos de consulta de Pediatria Nefrologia (CPN). Representa um fator de risco para infeções do trato urinário (ITU) e nefropatia.
OBJETIVO: Caraterização dos casos de RVU da CPN de um hospital nível I.

Metodologia

Estudo descritivo retrospetivo com componente analítico, baseado na consulta dos processos das crianças/adolescentes com RVU da CPN, de julho de 2022 a junho de 2023 (12 meses). Análise estatística em SPSS, $\alpha=0.05$.

Resultados

Foram identificadas 46 crianças, 63.0% do sexo masculino, com uma idade média de 7.4 meses ao diagnóstico. A média do grau inicial de RVU foi 3.7 ($\sigma=0.86$), sendo que em 52.2% era unilateral. Metade dos casos foram diagnosticados na sequência de investigação de ITU. Verificou-se uma melhoria do RVU em 32.6% (RVU médio inicial 3.7 vs. RVU médio atual 1.9, $p<0.001$). Em 30.4% houve resolução, dos quais 57.1% necessitaram de cirurgia.
As crianças que realizaram cirurgia não apresentavam médias de graus de RVU (3.8 vs. 3.6, $p=0.424$) ou número de ITUs (1.4 vs. 2.0, $p=0.389$) superiores.
Verificou-se um grau médio de RVU superior no grupo com nefropatia (3.9 vs. 2.9, $p<0.001$), não se objetivando o mesmo nas ITU recorrentes (sem ITU 3.6; ITU única 3.7; ITU recorrente 3.6, $p=0.932$) e nas causadas por bactérias não *E. coli* (3.5 vs. 3.7, $p=0.490$).

Conclusões

De acordo com a literatura, assistiu-se a uma melhoria do grau de RVU ao longo do seguimento, assim como maior prevalência no sexo masculino e de RVU unilateral. Verificamos também uma associação entre a presença de nefropatia e a gravidade do RVU. Não se objetivou uma relação entre a necessidade de cirurgia com o grau de refluxo e número de ITU.

Palavras-chave: refluxo vesicoureteral, nefropatia, infeção trato urinário

PD-381 – (23SPP-12905) – ETIOLOGIA E PERFIL DE SENSIBILIDADE ANTIBIÓTICA EM INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Andreia Afonso[1]; Fátima Côrte Pestana[1]; Kaylene Freitas[1]; Carolina Gonçalves[1]; Alexandra Andrade[1]; Carolina Gouveia[1]; Maria João Borges[1]

1 – Hospital Central do Funchal

Introdução e Objectivos

As infeções do trato urinário (ITU) estão entre as infeções bacterianas mais frequentes em idade pediátrica. À sua relevância nesta faixa etária acrescem as potenciais sequelas e risco de patologia uronefrológica subjacente. O tratamento empírico deve ser adequado ao perfil de sensibilidade antimicrobiana conhecido à data em cada região. Pretende-se identificar e caracterizar os microrganismos mais frequentemente envolvidos nas ITU de uma população pediátrica nos últimos 5 anos.

Metodologia

Análise retrospetiva e descritiva do resultado das uroculturas (UC) positivas em idade pediátrica entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022, através da consulta da base de dados do laboratório de microbiologia num hospital nível II.

Resultados

Foram incluídas 2023 UC positivas. A média de idade foi 5,5 anos e o sexo feminino foi predominante (72,1%). Escherichia coli foi o agente mais comum (74,3%), seguido de Proteus mirabilis (12,5%) e Klebsiella pneumoniae (4,1%). Escherichia coli apresentou uma taxa de resistência de 49,4% à ampicilina (AM), 40,6% à amoxicilina/ácido clavulânico (AAC) e 3,8% ao cefuroxima (CEF). Em relação a Proteus mirabilis, 30% resistente à AM, 38,6% à AAC e 1,2% ao CEF. Klebsiella pneumoniae, 98,8% resistente à AM, 38,6% à AAC e 1,2% ao CEF.

Conclusões

Escherichia coli continua a ser o microrganismo mais frequentemente implicado nas ITU. A sua taxa de resistência de 3,8% ao CEF, reforça este antibiótico como uma escolha adequada para tratamento empírico.

Palavras-chave: infeção do trato urinário, antibioterapia empírica, resistência antimicrobiana

PD-382 – (23SPP-13076) – VASCULITE IGA: UMA MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA POUCO COMUM

Inês Foz[1]; Dora Sousa[1,2]; Catarina Matos[1]; Nádia Santos[1]; Sofia Fraga[1]; Manuela Braga[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta, EPE; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução / Descrição do Caso

Vasculite IgA é a vasculite sistémica mais comum em idade pediátrica. Caracteriza-se por púrpura palpável, sem trombocitopenia nem coagulopatia, associada a artralgias, dor abdominal e atingimento renal. A apresentação bolhosa é rara. Descreve-se os casos de dois adolescentes observados na urgência pediátrica. O primeiro, rapaz de 12 anos, antecedentes de leucemia linfoblástica aguda aos dois anos de idade, transplantado e com três recidivas, em remissão há dois anos. Iniciou exantema purpúrico bolhoso dos membros inferiores (MI), dor e edema tibiotársico bilateral com limitação da marcha, sem dor abdominal. O segundo, rapaz de 10 anos, saudável. Iniciou exantema purpúrico bolhoso dos MI, coxas e membros superiores, associado a dor abdominal e dor tibiotársica bilateralmente. Negavam febre. Ambos com tensão arterial adequada à idade e ao sexo. Sem hematúria ou proteinúria. Analiticamente sem anemia, sem trombocitopenia ou coagulopatia, sem alterações da função renal. Admitiu-se vasculite IgA variante bolhosa. O primeiro caso foi observado por dermatologia para exclusão de vasculite secundária à doença de base. Histologia compatível com vasculite leucocitoclástica, medicado com corticoide tópico. Mantiveram seguimento regular em consulta de pediatria, ambos com recaída das lesões cutâneas, sem atingimento renal, com boa evolução clínica.

Comentários / Conclusões

O diagnóstico de vasculite IgA é clínico. A idade e as lesões atípicas podem dificultar o diagnóstico. O uso de corticoterapia é controverso, devendo o seu uso ser criterioso. Na maioria dos casos o prognóstico é favorável, com possibilidade de recidiva.

Palavras-chave: Vasculite IgA, Exantema purpúrico, Lesões bolhosas

PD-383 – (23SPP-12844) – CARACTERIZAÇÃO DAS INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO SEGUIDAS EM CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Helena Duarte[1]; Sofia Vieira[1]; Mafalda Gonçalo[1]; Diana Bordalo[1]; Ana Maia[1]

1 – Serviço de Pediatria da UAG da Mulher e da Criança, Centro Hospitalar Universitário S. João

Introdução e Objectivos

As infeções do trato urinário (ITU) são um diagnóstico frequente em Pediatria. Atendendo à idade da criança, à tipologia de infeção e ao agente isolado o seguimento em consulta de Pediatria geral (PG) pode estar indicado. O objetivo deste estudo foi caracterizar as ITU em pacientes seguidos em consulta de PG num hospital terciário.

Metodologia

Foram selecionados e analisados retrospetivamente todos os doentes com diagnóstico de ITU e consulta de PG nos últimos 5 anos, com idade inferior a 2 anos.

Resultados

Incluíram-se 326 doentes, com mediana de idades de 6 meses; 87,7% tiveram infeções febris. A maioria dos doentes (58,3%) era do sexo feminino. A referenciação teve origem maioritariamente no Serviço de Urgência (SU) (59,5%). O agente mais frequentemente isolado foi E. coli (81%) seguido de Proteus mirabilis (7;7%). Nos doentes com isolamento de agentes atípicos foi mais frequente infeção afebril (p<0,001). A antibioterapia empírica mais prescrita foi amoxicilina/ácido clavulânico (44,8%), e em 82,5% das infeções o agente isolado apresentava sensibilidade *in vitro*. A maioria dos doentes (69,9%) não tinha alterações ecográficas. 17,5% dos doentes teve pelo menos um segundo episódio de ITU, não havendo associação com a presença de alterações ecográficas (p= 0,06).

Conclusões

A prevalência das ITU em idade pediátrica requer conhecimento acerca desta patologia. Sendo o SU a principal porta de entrada destes doentes, informação do padrão de suscetibilidade bacteriana é indispensável para tratamento atempado, minimizando consequências futuras. A avaliação através de exames de imagem, neste contexto, levanta várias questões.

Palavras-chave: Infeções do Trato Urinário, Pediatria geral

PD-384 – (23SPP-12593) – IGA VASCULITIS AND ACUTE HAEMORRHAGIC OEDEMA OF INFANCY: UNVEILING UNIQUE FEATURES AND CLINICAL OVERLAP

Brenda Maria Toro[1]; Miguel Bernardo[1]; Bárbara Matos Aguas[1]

1 – Unidade de Pediatria Geral, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

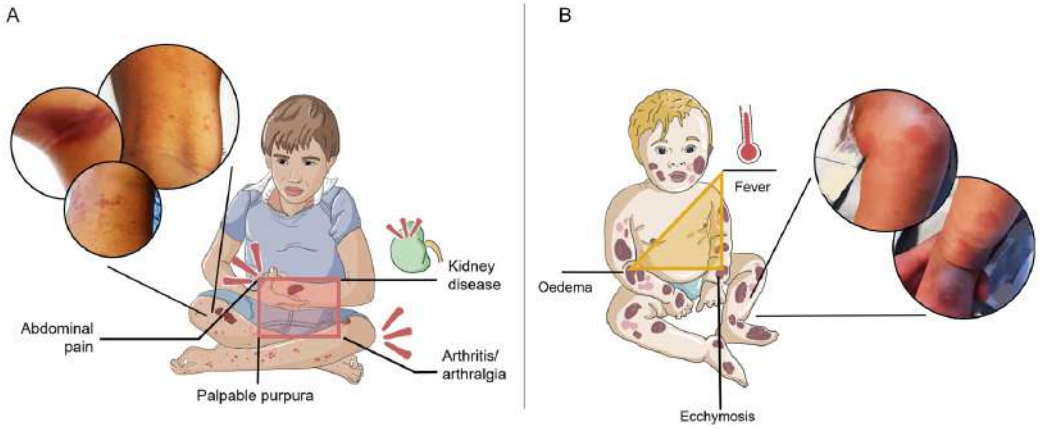
Introdução / Descrição do Caso

IgA vasculitis (IgAV), previously known as Henoch-Schönlein purpura (HSP), and Acute Haemorrhagic Oedema of Infancy (AHEI) predominantly affect pediatric patients. These conditions significantly impact on children, with IgAV estimated prevalence between three to 27 cases per 100,000 children aged less than 17 years old. While AHEI is considered by some experts to be a milder variant of IgAV, the precise relationship between these two conditions remains unclear. This study presents a comparative analysis of the distinctive and overlapping characteristics of IgAV and AHEI through the examination of two clinical cases. The first case concerns a four-year-old boy who initially presented with odynophagia, fever, and oligoarthritis. The final diagnosis of IgAV was established only after the development of a purpuric exanthem. The second case features a non-toxic five-month-old girl who exhibited fever, mild respiratory symptoms, and a maculo-papular trunk rash, initially mistaken for viral exanthem. Gradual progression to purpuric lesions and acral edema eventually led to the diagnosis of AHEI. As many as 15% of patients with IgA vasculitis present with articular complaints as the sole initial manifestation and AHEI can manifest as a maculo-papular exanthem before the development of purpuric exanthem. Maintaining a high clinical suspicion is crucial in these cases.

Comentários / Conclusões

This study aims to shed light on the atypical presentations, non-cutaneous manifestations, shared features, and distinguishing attributes of IgAV and AHEI. By systematically examining these conditions, we seek to enhance our understanding and contribute to accurate diagnosis and management strategies.

Palavras-chave: Purpura, IgA vasculitis, Henoch-Schönlein Purpura, Acute Haemorrhagic Oedema of Infancy, Pediatrics



Picture 1- (A)- IgA Vasculitis classic presentation includes a tetrad of symptoms: palpable purpura without thrombocytopenia or coagulopathy, acute-onset arthritis/ arthralgia, abdominal pain and kidney disease. (B)- Acute Haemorrhagic Oedema of Infancy clinical presentation typically consists of a triad of fever, oedema and rosette, annular, or targetoid-shaped purpura/ecchymosis in a non-toxic appearing patient.

PD-385 – (23SPP-12542) – RENOVASCULAR CHILDHOOD HYPERTENSION- RENAL ARTERY AGENESIS WITH SUSTAINED RENAL SIZE AND FUNCTION. A CASE REPORT.

Brenda Maria Toro[1]; Filipa Urbano[2]; Luísa Lobo[3]; L. Mendes Pedro[4]; Carla Simão[5]

1 – Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.; 2 – Serviço de Pediatria, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Ocidental.; 3 – Serviço de Imagiologia Geral, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.; 4 – Serviço de Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa.; 5 – Área de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Introdução / Descrição do Caso

Childhood hypertension is a growing concern globally that requires accurate diagnosis and management. Renovascular hypertension is a significant contributor to pediatric hypertension cases, often involving renal artery abnormalities. We present a case of renovascular childhood hypertension in a three-year-old patient detected during hospitalization for head trauma. Despite inconclusive initial etiological investigations, sustained hypertension persisted in an asymptomatic patient. At the age of ten, renal ecodoppler imaging indicated a renovascular etiology of secondary hypertension, with no observed asymmetry in renal dimension. These findings were further supported by renal angiography CT, which showed proximal right renal artery hypoplasia/agenesis accompanied by exuberant collateral arterial circulation. Renogram with MAG3 confirmed symmetrical renal function. In addition to pharmacotherapy, successful surgical intervention was performed through aortorenal bypass, resulting in improved blood pressure profiles. This case report emphasizes the critical importance of regular blood pressure assessments and the unwavering commitment required to identify and treat underlying causes. Prompt recognition and management of renovascular childhood hypertension are highlighted as crucial factors for achieving successful outcomes.

Comentários / Conclusões

We aim to contribute with valuable insights into the clinical presentation, diagnostic challenges, and therapeutic options associated with renovascular childhood hypertension, enhancing understanding of the disease and further emphasizing the need for early recognition and effective management to optimize outcomes.

Palavras-chave: Childhood hypertension, Renovascular hypertension, Renal artery hypoplasia, Renal artery agenesis, Surgical treatment

Figure 1- CT-Scan tridimensional reconstitution showing symmetrical kidneys with proximal renal artery hypoplasia (white arrow) and extensive collateral circulation (blue arrow).

PD-386 – (23SPP-12687) – LESÃO DE MOREL-LAVALLÉE NO MEMBRO SUPERIOR: UMA LOCALIZAÇÃO RARA

Rui J. Miranda[1]; Inês Alexandra Azevedo[1]; Cristina Rocha[1]; Marta Pinheiro[1]

1 – Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução / Descrição do Caso

A *Lesão de Morel-Lavallée* (MLL) resulta do cisalhamento da pele e tecido subcutâneo da fáscia subjacente, após trauma. As MLL são mais comummente descritas em contexto de traumas pélvicos e dos membros inferiores, existindo poucos relatos de lesões noutras localizações.

Adolescente de 11 anos, sexo feminino, com antecedentes pessoais de asma e tiroidite de Hashimoto medicada com levotiroxina foi observada no Serviço de Urgência por tumefação, dor e flutuação localizada no braço direito, com 2 semanas de evolução. Referia trauma do membro superior direito, há 1 mês, após ter ficado com o mesmo entalado numa porta. Sem história de febre ou outros sintomas associados.

Ao exame objetivo, encontrava-se apirética, hemodinamicamente estável, com movimentos preservados do membro afetado, mas com presença de tumefação na face posterior do braço direito (~5x4cm), com flutuação difusa.

Para esclarecimento, realizou ecografia de partes moles que revelou heterogeneidade do tecido celular subcutâneo da face posterior do braço direito e, na metade superior, uma coleção alongada com extensão de aproximadamente 50x41x3 mm, sugestiva de MLL.

O caso foi discutido com cirurgia pediátrica e ortopedia e, por ausência de sinais de abcesso, teve alta para domicílio com repouso e crioterapia. A adolescente apresentou melhoria significativa dos sintomas, em poucas semanas.

Comentários / Conclusões

A MLL é subdiagnosticada, sendo a sua real prevalência desconhecida. Embora a maioria dos doentes possam ser tratados de forma conservadora, se o diagnóstico for tardio, existe risco de complicações infeciosas locais e consequente necessidade de tratamento cirúrgico. Assim, o estudo de imagem é essencial para o diagnóstico atempado e consequente bom prognóstico.

Palavras-chave: Lesão de Morel-Lavallée, Membro Superior, Extravasamento Pós-Traumático

Fig. 1: Lesão na região posterior do braço direito

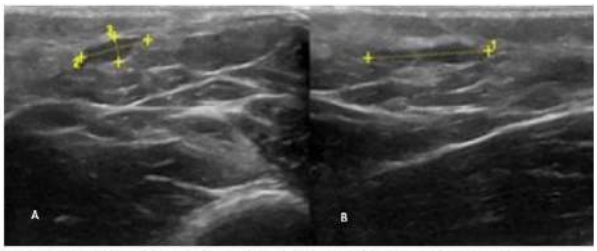


Fig. 2 (A e B): Ecografia da região superior do braço direito. Evidência de coleção líquida, de limites bem definidos, entre o tecido subcutâneo e a fáscia.

PD-387 – (23SPP-12808) – DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE UM TUMOR INTRACANALAR

Raquel Oliveira Inácio[1,2]; Inês Romão Luz[2]; Catarina Teixeira[2]; Sofia Rodrigues Almeida[2]; Joana Ribeiro[3]; Rui Almeida[4]; Oliana Tarquini[5]; Rui Faria Pais[6]; Alice Carvalho[2]

1 – Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Infeciologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 – Serviço de Oncologia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 – Neuropediatria, Centro de Desenvolvimento da Criança, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 4 – Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 5 – Serviço de Ortopedia Pediátrica, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 6 – Imagem Médica, Unidade Funcional de Neurorradiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução / Descrição do Caso

Uma lombalgia na adolescência pode constituir um sinal de alarme e implicar a exclusão de patologia tumoral. Se confirmada, a abordagem depende da topografia, da clínica e do diagnóstico presuntivo por imagem.

Adolescente, 13 anos, apresentou-se com lombalgia que irradiava para o membro inferior, 6 meses de evolução, com agravamento na semana anterior e claudicação. Sem febre ou história de trauma. À admissão, paraparésia espástica, hiperreflexia nos membros inferiores, reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateralmente, hipopalestesia e erros no sentido posicional no membro inferior esquerdo, compatível com quadro mielopático. Avaliação analítica sem alterações. RM mostrava lesão expansiva intracanalar de D10 a D12, extradural, lateralizada à esquerda, aspeto lítico e compressão da medula contígua, colocando-se a hipótese de quisto ósseo aneurismático (QOA). Por agravamento neurológico em menos de 24 horas, força 0/5 no membro inferior esquerdo, decidiu-se descompressão emergente, com laminectomia e exérese da massa tumoral. Objetivada melhoria significativa dos sinais neurológicos. Estudo anatomopatológico diagnosticou primariamente osteossarcoma. Após discussão clínica foi questionada a malignidade da lesão e colocada a hipótese de tumor de células gigantes. Estudo citogenético e molecular foi negativo para alterações compatíveis com malignidade. A revisão externa por centro de referência internacional concluiu tratar-se de um QOA com crescimento sólido. Em D18 de pós-operatório teve alta para domicílio com marcha autónoma.

Comentários / Conclusões

Os QOA são tumores ósseos raros com capacidade de invasão local significativa. A evolução neurológica e a experiência da equipa assistente são determinantes para uma intervenção atempada e um bom prognóstico.

Palavras-chave: Lombalgia, Tumor ósseo, Quisto ósseo aneurismático

PD-388 – (23SPP-12605) – SÍNDROME DE GRISEL – CAUSA RARA DE CERVICALGIA

Joana Baptista De Lima[1]; Bárbara Barros[2]; José Paulo Souto[3]; Joana Pires Borges[2]; Leonilde Machado[2]; Joana Pereira[3]; Joaquim Cunha[2]

1 – Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospital Universitário de Santo António; 2 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 3 – Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Introdução / Descrição do Caso

Introdução: A Síndrome de Grisel (SG) é uma entidade rara, caraterizada pela subluxação rotatória não traumática entre C1 e C2, que tipicamente se apresenta com torcicolo, após um processo inflamatório ou infecioso da região cervical.

Caso: Adolescente do sexo feminino de 11 anos é trazida ao SU por cervicalgia com agravamento progressivo associada a limitação da mobilidade cervical com 3 dias de evolução. Sem história de trauma, febre, odinofagia, otalgia, rinorreia ou tosse. Ao exame objetivo apresentava-se bastante queixosa com torcicolo à esquerda, dor difusa à palpação dos trapézios bilateralmente e apófises espinhosas cervicais, contratura associada e limitação marcada da mobilidade. Sem défices neurológicos. Orofaringe e otoscopia sem alterações. Sem adenopatias. Realizou pesquisa de *Strep. Pyogenes* que foi negativa e estudo analítico sem alterações. Medicada com ibuprofeno, diazepam e cetorolac, sem melhoria. Pedida TC cervical e partes moles que revelou fleimão periamigdalino (3x8mm) direito com múltiplas adenopatias cervicais, assim como, subluxação rotatória de C1-C2, grau 1 *Fielding*, sem lesões ósseas associadas. Avaliada por Ortopedia, tendo-se decidido internamento, sob amoxicilina-ácido clavulânico ev, colar cervical, relaxante muscular e anti-inflamatório. Teve alta em D9, assintomática, com indicação para completar 14 dias de antibioterapia. Realizada radiografia cervical às 4 semanas com ausência de subluxação C1-C2.

Comentários / Conclusões

A SG não traumática é rara em idade pediátrica, podendo surgir como complicação de amigdalite aguda e abcessos cervicais profundos. É necessário um elevado índice de suspeição, de forma a se evitar défices funcionais irreversíveis. O diagnóstico e tratamento precoces determinam melhor prognóstico.

Palavras-chave: cervicalgia, subluxação, torcicolo

PD-389 – (23SPP-13090) – ABUSO SEXUAL: A PERSPETIVA DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO TERCIÁRIO

Lia Mano[1]; Rosário Stilwell[1]; Rute Santos[1]; Sátya Sousa[1]; Clara Oliveira[1]; Paula Silva[1]; Leonor Sassetti[1]

1 – Hospital Dona Estefânia

Introdução e Objectivos

O abuso sexual (AS) constitui uma forma particular de mau-trato para o qual o Serviço de Urgência (SU) constitui normalmente a porta de entrada, mas também o local privilegiado de deteção de muitas destas situações, que devem ser de imediato sinalizadas aos Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR). Pretende-se caracterizar as sinalizações de AS ao NHACJR de um Hospital Pediátrico Terciário relativamente a um período de 3 anos.

Metodologia

Da totalidade de sinalizações dos anos de 2020 a 2022 (n = 845), 167 foram classificadas como AS (20% do total). Foram analisadas, entre outras, as seguintes variáveis: idade, sexo e ocupação da vítima, acompanhante, características da família e da sinalização, do agressor e da intervenção, e destino pós-alta.

Resultados

A sinalização foi efetuada no SU em 90% dos casos; a mãe foi o principal acompanhante (2/3 das situações). A faixa etária predominante corresponde aos 3-5 anos e 86% são do sexo feminino. A família é maioritariamente monoparental (36%) ou nuclear (30%). A situação já era identificada como de risco na comunidade em cerca de 50% dos casos. O presumível agressor foi o pai ou desconhecido. Verificou-se uma média de 3,2 encaminhamentos e 10,9 diligências por cada situação. Mantêm-se em acompanhamento na Consulta de Apoio ao Risco Pediátrico (CARPE) ou na Consulta de Psicologia do HDE cerca de ¼ das situações sinalizadas.

Conclusões

O AS tem um profundo impacto na vida de cada criança dele vítima. Compete a cada profissional estar alerta para identificar as situações e ter conhecimento dos procedimentos a adotar, com vista a interromper o abuso, fornecer à Justiça os elementos de que necessita e encaminhar a criança para os apoios que visam minimizar as consequências.

Palavras-chave: Abuso Sexual, Maus-Tratos

PD-390 – (23SPP-12662) – OS ACOMPANHANTES NOS INTERNAMENTOS PEDIÁTRICOS PROLONGADOS

Mariana Sousa Santos[1]; Inês Viegas[1]; Maria Manuel Zarcos[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

Introdução e Objectivos

A pediatria é o único serviço que permite acompanhante 24h/dia. Se nos internamentos curtos isto pode ser fácil de concretizar, nos prolongados pode tornar-se um desafio.
Pretendeu-se caracterizar a presença de acompanhantes em internamentos pediátricos com duração ≥ 10 dias.

Metodologia

Estudo transversal dos internamentos com duração ≥ 10 dias num período de 24 meses (jul/21 a jun/23), por consulta do processo clínico. Análise estatística no SPSS®.

Resultados

Houve 67 internamentos de crianças/adolescentes com idade mediana de 11,8 anos e média de 9,4 (28% <2 anos, 51% >10 anos), 60% do sexo masculino. Duração média de 16,7 dias, com um mínimo de 10 e um máximo de 104.
Tinham uma doença crónica 31% dos doentes e 10% residia em instituições de saúde. Havia 31% com internamentos prévios e 42% destes tinha um internamento anterior com duração ≥ 10 dias.
As crianças com doença crónica tiveram os internamentos mais prolongados (p=0,021).
A maioria (87%) das crianças teve acompanhante durante o internamento, 79% durante a totalidade do tempo, e 21% de forma parcial. Em 22% destes o acompanhante alterou ao longo do tempo.
Verificou-se que os adolescentes eram os que mais frequentemente não tinham acompanhante (p=0,001), bem como as crianças com doença crónica (p=0,001) e com internamentos prévios (p=0,042).
Não houve relação estatística significativa com a existência de irmãos (p=0,197).

Conclusões

A maioria das crianças e jovens internados tem um acompanhante a tempo inteiro, sendo os adolescentes a faixa etária que mais fica sozinha.
A existência de internamentos prévios é um fator influenciador da presença de acompanhante, podendo traduzir dificuldade dos pais de permanecerem no hospital por motivos laborais ou pessoais.

Palavras-chave: internamentos prolongados, acompanhantes

PD-391 – (23SPP-12719) – PANDEMIA COVID-19 E TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS SINALIZADOS A UM NHACJR DA ARS LVT

Maria Inês Pires[1]; Carlos Escobar[2]; Carolina Gonçalves[2]; Catarina Escobar[2]; Helena Almeida[2]; Luisa Tavares[2]; Maria De Lurdes Torre[2]; Patricia Santos[2]

1 – NHACJR Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE; 2 – NHAJCR Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE

Introdução e Objectivos

A pandemia covid-19 implicou alterações profundas nos comportamentos e atividades das crianças e jovens. As suas repercussões não são ainda totalmente conhecidas. Os NHACJRs recebem a sinalização dos casos de abuso de crianças que recorrem aos serviços Hospitalares. Estas sinalizações podem refletir aspetos relevantes da vida das famílias, das crianças e jovens. O objetivo deste trabalho foi quantificar e analisar as sinalizações de MTs a um NHACJR, de 2018 a 2022, períodos imediatamente antes, durante e após a pandemia covid-19.

Metodologia

Recorremos à colheita retrospetiva de variáveis demográficas, sociais, clínicas e da tipologia de MT (segundo a definição da Direcção Geral de Saúde), utilizando análise estatística descritiva.

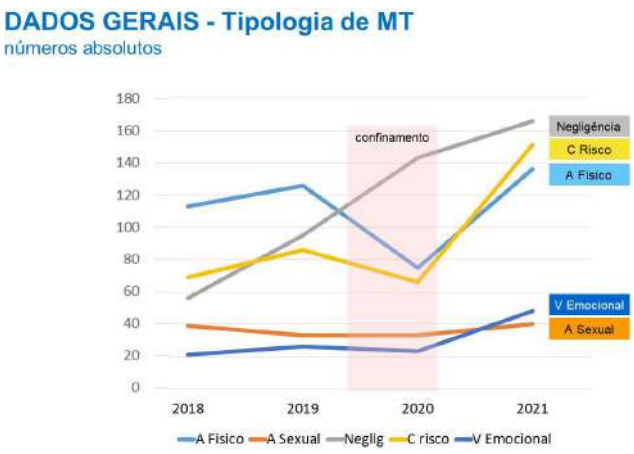
Resultados

O número de sinalizações aumentou em todos os anos excepto em 2020: 2018=298, 2019=374, 2020=335, 2021=541, 2022=536. A distribuição por género manteve-se 55% feminino. Mediana de idades desce em 2019 (de 12 para 8 anos) voltando a subir em 2021. Tipologia de MT: os abusos físico e sexual mantiveram prevalência constante no período estudado; no ano da pandemia foram sinalizados menos abusos ativos e mais negligência; no pós pandemia aumentaram as sinalizações no seu total para números superiores aos pré pandemia, principalmente em relação aos comportamentos de risco e agressões entre pares.

Conclusões

Concluímos que a pandemia condicionou os contextos de vida das crianças e jovens, também ao nível dos maus tratos. A escola afirma-se como um ambiente de risco mas também como um importante sinalizador.

Palavras-chave: maus tratos, pandemia, negligencia



PD-392 – (23SPP-13080) – INNOVATIVE POTENTIAL OF ASSISTIVE TECHNOLOGY IN PEDIATRICS IN GUIDANCE ON NEUROATYPICAL DISORDERS FOR THE VISUALLY IMPAIRMENT

Jeferson Manoel Teixeira[1]; Luis Henrique Brito Barreto Souza[2]; Estrela Cecília Moreira De Holanda Farias[3]; Dacirlene Morais De Oliveira Ferrari[3]; Elton Costa Morais[4]

1 – Absoulute Christian University – ACU Orlando, Flórida, Estados Unidos; 2 – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 3 – Universidade Nilton Lins; 4 – Instituto de Oftalmologia de Manaus

Introdução e Objectivos

The most recent data indicate that approximately 6.5 million and 625 thousand people in Brazil and Portugal, respectively, are visually impairment, being blind or with low vision. A visual impairment person will not have the same bases as a visual person, however, this barrier faced can be overcome through inclusion. Due to the scarcity of materials in the health sciences for the visually impaired, the objective of the research was to use assistive technologies to produce an orientation booklet on neuroatypical disorders, for people who are visually impaired.

Metodologia

Innovative development of a booklet in Braille and the recording of its content in narrated form, to be made available in audiobook format. The booklet was written digitally, later submitted to a graphic, adapted to the Braille system.

Resultados

The viability of this material will act on the inclusion of people with visual impairments, offering information about the anti-disability struggle, the science of multidisciplinary care, by law, from prenatal care and content about their rights and accessibility. Mass dissemination of the booklet in Braille or in audio format, specifically for these people, will contribute to the relationship and approach of children with neuroatypical disorders. The project, if it is an adjuvant to the prenatal booklet, will contribute to reducing social stigmas, breaking taboos about visual impairment and parenting, favoring the mitigation of omission and non-acceptance of the legal guardians of neuroatypical children, through greater intellectual autonomy and morals for these individuals.

Conclusões

In this way, the booklet model in Braille or in audio, can provide better living conditions, in all over the world, proved capable of fulfilling the objective of the project.

Palavras-chave: Social inclusion, Innovation in the Health Sector, Visual Impairment and Neurodivergence

Figure 1: Book Cover Made in Digital Format

Figure 2: Book Adapted and Printed in Braille

PD-393 – (23SPP-12630) – MARCADORES DE SAÚDE INFANTO-JUVENIL NO MINDELO, CABO VERDE – CASUÍSTICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Inês Furtado Gomes[1]; Marta Caldas[2]; Manuela Braga[1]

1 – Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta; 2 – Serviço de Pediatria, Unidade Caldas da Rainha, Centro Hospitalar do Oeste

Introdução e Objectivos

As condições socioeconómicas moldam a Saúde de indivíduos e comunidades, sendo alvos de intervenção particularmente relevantes no âmbito da Pediatria. Com o presente estudo pretendemos descrever marcadores de saúde infantojuvenil no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) num país de desenvolvimento intermédio.

Metodologia

Casuística das crianças observadas em consultas de vigilância no Centro de Saúde da Bela Vista, Mindelo, São Vicente, Cabo Verde, no período de 01/08-31/09/2022.

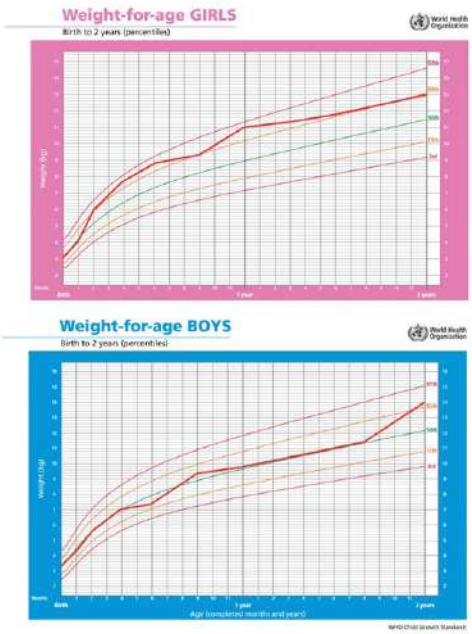
Resultados

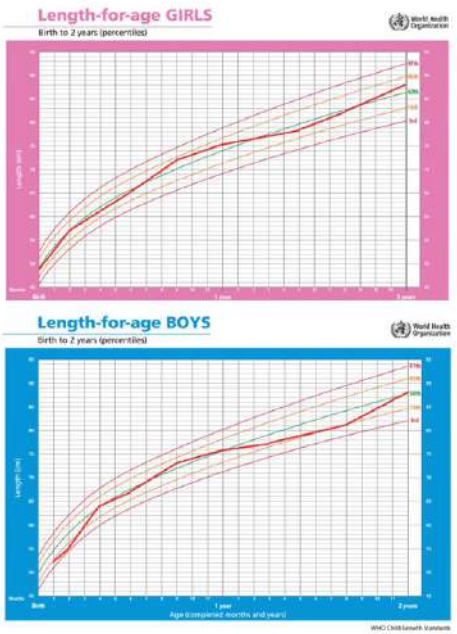
Observadas 479 crianças, idades entre os 3 dias e os 10 anos, mediana 9 meses; idades gestacionais entre as 26-42 semanas, x=38s; peso ao nascer 890-5100g, x =3210g. A maioria das crianças (91%) era amamentada em exclusivo até, pelo menos, os 4 meses e 45% até aos 6 meses (x=5 meses). Globalmente eram saudáveis e apresentavam crescimento estaturoponderal (CEP) adequado; os valores médios de peso e comprimento das crianças dos 0-2 anos de idade, de ambos os sexos, encontravam-se nos percentis 50-85 (curvas da Organização Mundial de Saúde, Fig.1). Apenas 2% apresentava relação peso-altura ou índice de massa corporal <p3, e 7% tinham excesso de peso ou obesidade (p>85). Praticamente a totalidade das crianças observadas apresentava um desenvolvimento psicomotor (DPM) normativo, frequentemente excedendo as expectativas para a idade. Observadas 58 crianças com doenças infecciosas ligeiras, nomeadamente infecções de pele (tinha e impetigo), infecções respiratórias das vias aéreas superiores e gastroenterites agudas.

Conclusões

Verificou-se que a maioria das crianças apresentava CEP e DPM normativos, que atribuímos à solidez da comunidade de apoio, à regularidade da vigilância nos CSP segundo o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e ao investimento na literacia em Saúde.

Palavras-chave: PALOP, cuidados de saúde primários, aleitamento materno, vigilância, crescimento, desenvolvimento





PD-394 – (23SPP-13013) – INTERNAMENTOS DE CRIANÇAS MIGRANTES – REVISÃO DE 10 ANOS NUM HOSPITAL DE GRUPO I

Inês Ferrão Fernandes[1]; Inês F. Ferreira[1]; Rita Carvalho[1]; Inês Oliveira[1]; Teresa Gouveia[1]

1 – Serviço de Pediatria do Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E

Introdução e Objectivos
Nos últimos anos, assistiu-se ao aumento da população migrante em Portugal. As singularidades culturais e dificuldades na inserção social, podem constituir obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde, tornando-os um grupo particularmente vulnerável.
Pretende-se caraterizar a população migrante internada no Serviço de Pediatria (SP) de um Hospital de Grupo I.

Metodologia
Estudo observacional, transversal, que inclui todos os doentes de nacionalidade não-portuguesa, com idade compreendida entre os 0 e 17 anos e 364 dias, internados no SP de um Hospital de Grupo I entre 2013-2022.

Resultados
Neste período verificaram-se 167 internamentos de crianças de nacionalidade não-portuguesa, o que corresponde a 3,05% do total de internamentos (mín 1,09% em 2013; máx 7,21% em 2022). A maioria era do sexo feminino (n=90; 53,89%), com idade mediana de 7 anos (mín 0; máx 17; IQR 11). O tempo de estadia prévio em Portugal foi, em mediana, 12 meses (mín 1 dia; máx 13 anos; IQR 35 meses). Os países de origem mais frequentes foram Brasil (n=69; 41,32%) e Angola (n=28; 16,78%). Comorbilidades estavam presentes em 23,35% dos casos (n=39), sendo mais frequente a paralisia cerebral (n=17; 43,59%). A patologia infeciosa foi mais comum (n=87; 52,10%), seguida da hematológica (n=18; 10,78%). A anemia falciforme com crise vaso-oclusiva (n=13; 7,78%), asma (n=11; 6,59%) e pneumonia bacteriana (n=10; 5,99%), foram os diagnósticos principais mais comuns. Apenas 53,3% (n=65) cumpria o Programa Nacional de Vacinação.

Conclusões
No período de estudo, a percentagem de internamentos de crianças de nacionalidade não-portuguesa aumentou 6,6 vezes. A crescente representatividade deste grupo, requer uma adaptação direcionada das estruturas de saúde e comunitárias, com vista a minimizar a sua vulnerabilidade.

Palavras-chave: Migrantes, Crianças, Saúde Intercultural, Direito à Saúde

PD-395 – (23SPP-12763) – CARACTERIZAÇÃO E IMPACTO DOS INTERNAMENTOS PEDIÁTRICOS POR RISCO SOCIAL EM HOSPITAL DE NÍVEL II

Fábio Pereira[1]; Isabel Mota Pinheiro[1]; Bárbara Costa Correia[1]; Rita Calejo[1]; Inês Paiva Ferreira[1]; Carla Brandão[1]; Joaquim Cunha[1]; Carla Meireles[2]; Maria Do Céu Ribeiro[1]

1 – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; 2 – Serviço Social, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução e Objectivos
O internamento por risco social é uma realidade complexa com risco para o bem-estar da criança. Pretende-se a caracterização dos indicadores de risco social e compreender a sua relação com a institucionalização da criança.

Metodologia
Estudo retrospetivo dos doentes internados no Serviço de Pediatria de um hospital nível II entre 01/01/15 e 31/12/22. Os dados foram analisados com recurso a Excel® e SPSS®.

Resultados
Dos 5727 internamentos analisados, 125 foram sinalizados ao serviço social, 63.2% admitidos por motivos exclusivamente sociais e 67.2% já sinalizados previamente. Houve um aumento estatisticamente significativo ($p<0.05$) da proporção de casos sociais de 2015-2019 para 2020-2022. A mediana da duração de internamento foi de 10 dias (1-331 dias), com relação significativa ($p<0.05$) entre maior duração de internamento e institucionalização, grupo dos recém-nascidos e ocorrência de intercorrências infeciosas. O indicador de risco social mais frequente foi a precariedade económica. Observaram-se associações estatisticamente significativas ($p<0.05$) entre a institucionalização e os indicadores: défice de competências parentais, gravidez não vigiada ou não planeada e institucionalização de irmãos. Dos casos sinalizados, 29 sofreram maus-tratos, existindo sinais de negligência em 53.3%. 25 crianças foram retiradas do contexto familiar.

Conclusões
É importante a compreensão dos fatores de risco social associados aos internamentos, proporcionando intervenções adequadas, atempadas e eficazes. A análise estatística permitiu identificar associações significativas entre diversos indicadores e a institucionalização das crianças. Revela-se fundamental o trabalho conjunto entre as áreas de saúde e assistência social, para uma abordagem holística e multidisciplinar dos casos.

Palavras-chave: Risco social, Internamento, Maus-tratos

PD-396 – (23SPP-12896) – PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: A PROPÓSITO DE 3 CASOS DE ESTENOSE ESOFÁGICA CÁUSTICA

Afonso Sousa[1]; Inês Filipa Mendes[2]; Joana Faustino[1]; Filomena Cardosa[3]; Isabel Afonso[3]

1 – Área de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Hospital Dona Estefânia; 2 – Departamento da Criança e do Jovem, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE; 3 – Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução / Descrição do Caso

A ingestão de cáusticos, mais frequente em crianças até aos 5 anos, pode condicionar graves lesões esofágicas. A estenose esofágica resultante compromete a alimentação e a qualidade de vida da criança. Descrevem-se 3 casos de ingestão de cáusticos, seguidos em consulta de Gastrenterologia Pediátrica de um Hospital de nível III.

Caso 1: 5 anos, evacuado de Cabo-Verde por estenose esofágica após ingestão acidental de detergente doméstico 2 anos antes. Desde então a tolerar apenas dieta líquida, com vómitos recorrentes e má progressão ponderal.

Caso 2: 2 anos, natural de Angola, referenciado à consulta por perda ponderal e dificuldade alimentar com início após ingestão acidental de soda cáustica aos 13 meses.

Caso 3: 5 anos, evacuado de Cabo-Verde por estenose esofágica após ingestão acidental de desentupidor de canos 5 meses antes, a condicionar disfagia para sólidos e episódios de impacto alimentar, com alimentação por gastrostomia.

Todos realizaram trânsito esofágico contrastado e avaliação endoscópica, tendo iniciado programa de dilatações esofágicas regulares. Verificou-se melhoria parcial das estenoses esofágicas e aumento da tolerância alimentar, sem complicações reportadas até à data.

Comentários / Conclusões

A ingestão de cáusticos em crianças é um desafio de Saúde Pública, pela elevada morbilidade e prejuízo da qualidade de vida das crianças e respetivas famílias. São fundamentais as ações de prevenção primária dos acidentes com cáusticos, particularmente nos países com baixo nível socioeconómico e sem acesso a cuidados hospitalares diferenciados.

Palavras-chave: Prevenção acidentes, estenose cáustica

Apresentações por Primeiro Autor

SPP
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

Apresentações por Primeiro Autor

68715
Adelina Sitari
PD-325 – (23SPP-12801)

70554
Adriana Afonso Romano
PD-341 – (23SPP-13014);
PD-374 – (23SPP-12920)

69121
Adriano Pereira
PAS-033 – (23SPP-12730);
PD-126 – (23SPP-12732)

69772
Afonso Sousa
PD-171 – (23SPP-12746);
PD-396 – (23SPP-12896)

67504
Alexandra Horta
CO-018 – (23SPP-12677)

69364
Alexandra M. Rodrigues
PD-170 – (23SPP-12875)

69169
Alexandra Vilas Fabião
PD-038 – (23SPP-12855);
PD-078 – (23SPP-12836);
PD-291 – (23SPP-12820)

68604
Alice Martins
PD-290 – (23SPP-12786)

68692
Ana Bandeira Santos
PAS-001 – (23SPP-12789);
PD-063 – (23SPP-12798)

71516
Ana C. Rocha
PD-088 – (23SPP-12962);
PD-275 – (23SPP-13094)

67586
Ana Carolina Alves
PAS-045 – (23SPP-12595);
PD-085 – (23SPP-12686)

70367
Ana Catarina Paulo
PD-098 – (23SPP-12993)

67951
Ana Catarina Rosa
PD-119 – (23SPP-12715);
PD-348 – (23SPP-12709)

70073
Ana Cláudia Cavadas-Almeida
CO-009 – (23SPP-12819)

70839
Ana Cláudia Moura
PAS-058 – (23SPP-13035)

68519
Ana Cristóvão Ferreira
PAS-051 – (23SPP-12771)

68873
Ana Feio
PD-062 – (23SPP-12814)

71167
Ana Filipa Mouro
PAS-056 – (23SPP-12927);
PD-182 – (23SPP-12950);
PD-287 – (23SPP-12912)

71018
Ana G. Magalhães
PD-232 – (23SPP-13054)

68756
Ana Isabel Barros
PD-220 – (23SPP-12807)

67577
Ana Isabel Vasques
PAS-036 – (23SPP-12685)

69725
Ana João Fernandes
PD-289 – (23SPP-12828);
PD-313 – (23SPP-12915)

68532
Ana Lemos
PD-066 – (23SPP-12773)

71679
Ana Losa
CO-011 – (23SPP-13006);
PD-149 – (23SPP-12647)

67583
Ana Mafalda Gonçalo
PD-086 – (23SPP-12664);
PD-273 – (23SPP-12632);
PD-363 – (23SPP-12616)

66649
Ana Moura Figueiredo
CO-027 – (23SPP-12557);
PD-246 – (23SPP-12556)

69166
Ana Rita Albuquerque Costa
PD-028 – (23SPP-12854)

67972
Ana Rita Azevedo
PD-097 – (23SPP-12718)

68877
Ana Rita Fradique
CO-002 – (23SPP-12809);
PD-286 – (23SPP-12699)

71224
Ana Rita Rodrigues Matos
PD-285 – (23SPP-12978)

68898
Ana Sofia Nunes
PD-001 – (23SPP-12582);
PD-018 – (23SPP-12658);
PD-077 – (23SPP-12591)

70141
Ana Sofia Silva
PD-192 – (23SPP-12964)

71036
Ana Teresa Guerra
PAS-039 – (23SPP-13058)

71440
Anaísa Afonso
PD-329 – (23SPP-13088)

66524
André Assunção
PAS-019 – (23SPP-12539);
PAS-059 – (23SPP-12537)

69227
André Costa Azevedo
PAS-022 – (23SPP-12827)

66994
André Costa Silva
PD-012 – (23SPP-12577)

66656
Andrea Oliveira
PD-338 – (23SPP-12559)

70968
Andreia Afonso
PD-337 – (23SPP-12940);
PD-381 – (23SPP-12905)

69582
Andreia Preda
PD-002 – (23SPP-12841);
PD-101 – (23SPP-12831);
PD-231 – (23SPP-12835)

66633
António Gama Da Silva
PD-328 – (23SPP-12554)

Apresentações por Primeiro Autor

68964
António Moreira
PD-230 – (23SPP-12824)

69893
Ariana Tavares
PD-283 – (23SPP-12547);
PD-284 – (23SPP-12935);
PD-377 – (23SPP-12600)

67213
Armanda Rebelo
PD-147 – (23SPP-12644)

70676
Bárbara Abreu Barros
PD-124 – (23SPP-12654);
PD-242 – (23SPP-12673)

71431
Bárbara Costa Correia
PD-114 – (23SPP-13050);
PD-146 – (23SPP-12722);
PD-282 – (23SPP-13075)

70006
Bárbara Parreira
PD-376 – (23SPP-12951)

71366
Bárbara Ribeiro De Aguiar
PAS-047 – (23SPP-13081)

69666
Beatriz Alves Costa
PD-037 – (23SPP-12909)

70219
Beatriz Andrade
CO-031 – (23SPP-12976)

68792
Beatriz Craveiro Nunes
PD-100 – (23SPP-12787);
PD-324 – (23SPP-12810)

66881
Beatriz Falcão Cardoso
PD-010 – (23SPP-12572);
PD-122 – (23SPP-12573);
PD-123 – (23SPP-12574)

68185
Beatriz Parreira De Andrade
PAS-062 – (23SPP-12736)

66757
Beatriz Pedreira
PD-281 – (23SPP-12578)

67244
Beatriz Silva
PD-261 – (23SPP-12650)

70885
Beatriz Sousa Nunes
PD-299 – (23SPP-13041)

66764
Beatriz Taveira Pinto
PD-138 – (23SPP-12580)

69460
Beatriz Teixeira
PD-099 – (23SPP-12887)

70656
Beatriz Vieira
PD-084 – (23SPP-12552);
PD-296 – (23SPP-13019)

70088
Brenda Maria Toro
CO-035 – (23SPP-12873);
PAS-065 – (23SPP-12933);
PD-384 – (23SPP-12593);
PD-385 – (23SPP-12542)

67176
Carla Rosa
PD-148 – (23SPP-12640);
PD-173 – (23SPP-12642)

68664
Carolina Figueiredo
PD-295 – (23SPP-12796)

67620
Carolina Fraga
PAS-049 – (23SPP-12693)

68967
Carolina Santos Ferreira
PD-243 – (23SPP-12825)

66574
Carolina Simão
PD-137 – (23SPP-12543)

68542
Catarina Albuquerque
PAS-002 – (23SPP-12775);
PD-102 – (23SPP-12708);
PD-121 – (23SPP-12711)

69591
Catarina Barros Azevedo
PD-009 – (23SPP-12867);
PD-312 – (23SPP-12900)

67018
Catarina Ferreira Nunes
PD-048 – (23SPP-12621)

70823
Catarina Franquelim
PD-047 – (23SPP-13033);
PD-187 – (23SPP-12682)

70535
Catarina Guerreiro Ferreira
PD-260 – (23SPP-13012)

67155
Catarina Mendonça
PD-024 – (23SPP-12637);
PD-090 – (23SPP-12639);
PD-120 – (23SPP-12638)

68927
Catarina Menezes
PAS-038 – (23SPP-12818)

69889
Catarina Morais Antas
PD-075 – (23SPP-12939)

71462
Catarina Pinto Da Costa
PD-193 – (23SPP-12700);
PD-235 – (23SPP-12847)

70877
Catarina Pinto Silva
PAS-032 – (23SPP-13040);
PD-227 – (23SPP-12864);
PD-356 – (23SPP-12845)

70033
Cátia Juliana Silva
PD-347 – (23SPP-12954)

69240
Cátia Martins
PAS-052 – (23SPP-12848);
PD-096 – (23SPP-12862);
PD-362 – (23SPP-12859)

70285
Celina Couto
PD-104 – (23SPP-12982)

69259
Cindy Gomes
PD-180 – (23SPP-12865)

67326
Cláudia Magalhães
PD-061 – (23SPP-12660)

67554
Cláudia Miguel
PD-161 – (23SPP-12679);
PD-271 – (23SPP-12676)

Apresentações por Primeiro Autor

69305
Cláudia P. Gonçalves
PD-270 – (23SPP-12869)

69526
Cláudia Ribeiro De Moura
PD-269 – (23SPP-12882);
PD-311 – (23SPP-12894)

67458
Cláudia Rocha
PAS-061 – (23SPP-12667)

68379
Constança Magalhães
CO-024 – (23SPP-12756);
PAS-063 – (23SPP-12702)

68098
Cristel Gonçalves
PD-346 – (23SPP-12731)

66562
Cristina Rodrigues
PD-060 – (23SPP-12541)

69675
Daniel Tiago
PD-207 – (23SPP-12910)

67015
Daniel Zorato
PD-074 – (23SPP-12618);
PD-280 – (23SPP-12620);
PD-357 – (23SPP-12619)

68643
Daniela Couto
PAS-037 – (23SPP-12774);
PD-310 – (23SPP-12778);
PD-323 – (23SPP-12792)

67479
Daniela Henriques
PAS-003 – (23SPP-12668);
PD-025 – (23SPP-12636)

71528
Daniela Pestana
PAS-014 – (23SPP-12983);
PD-059 – (23SPP-12949)

71534
Daniela Pestana
PD-216 – (23SPP-12727);
PD-345 – (23SPP-13095)

70905
Daniela Santos Oliveira
CO-037 – (23SPP-13044);
PD-050 – (23SPP-12931)

71419
David Gomes
PD-344 – (23SPP-13086)

71610
David Rabiço-Costa
PAS-044 – (23SPP-13008);
PD-095 – (23SPP-12979)

68818
Débora Matias
PD-212 – (23SPP-12811);
PD-320 – (23SPP-12791);
PD-321 – (23SPP-12781);
PD-322 – (23SPP-12770)

67961
Débora Valente Silva
PD-046 – (23SPP-12717)

69740
Diana Carvalho
PD-073 – (23SPP-12917)

70031
Diana Guedes
PD-213 – (23SPP-12916);
PD-279 – (23SPP-12953)

67531
Diana Pereira
PD-013 – (23SPP-12678);
PD-229 – (23SPP-12681)

70407
Diana Valbom Gonçalves
PD-319 – (23SPP-12833)

70827
Diogo Lages De Miranda
PD-094 – (23SPP-13034)

71268
Diogo Ministro
PD-036 – (23SPP-13074);
PD-268 – (23SPP-13025)

68159
Eliana Morgado
PD-058 – (23SPP-12734)

71362
Elsa Machado Guimarães
PAS-048 – (23SPP-12961);
PD-327 – (23SPP-12911);
PD-380 – (23SPP-13079)

70918
Fábia Rodrigues
PD-057 – (23SPP-13045)

68453
Fábio Pereira
PD-395 – (23SPP-12763)

71568
Fátima Côrte Pestana
PD-112 – (23SPP-12981);
PD-136 – (23SPP-13055)

66700
Fernanda Rodrigues
CO-006 – (23SPP-12568)

69140
Filipa Curinha
PD-297 – (23SPP-12793);
PD-355 – (23SPP-12851);
PD-360 – (23SPP-12812)

70307
Filipa Lima
PD-135 – (23SPP-12985)

66953
Filipa Santos
PD-272 – (23SPP-12610)

68199
Filipa Sutre
CO-003 – (23SPP-12737)

67081
Filipe Ginja
PD-021 – (23SPP-12628)

69698
Fiona Caldeira
PD-134 – (23SPP-12696);
PD-174 – (23SPP-12602)

70707
Francisca Albuquerque
PAS-006 – (23SPP-13024);
PD-358 – (23SPP-12599)

70942
Francisca Gomes
PD-087 – (23SPP-12941);
PD-169 – (23SPP-12955);
PD-219 – (23SPP-12975)

69928
Francisca Lopes
PD-125 – (23SPP-12698);
PD-359 – (23SPP-12944)

67100
Francisca Strecht Guimarães
PD-022 – (23SPP-12586);
PD-373 – (23SPP-12633)

Apresentações por Primeiro Autor

66829
Gonçalo Passos Croca
PAS-013 – (23SPP-12589);
PD-118 – (23SPP-12536);
PD-160 – (23SPP-12545)

69263
Helena Duarte
PD-354 – (23SPP-12866);
PD-383 – (23SPP-12844)

71160
Helena Ferreira
PD-110 – (23SPP-13051);
PD-159 – (23SPP-12843);
PD-215 – (23SPP-12863)

67285
Helena Marques Da Silva
PAS-040 – (23SPP-12655)

66966
Inês Aires Martins
PD-336 – (23SPP-12614)

67598
Inês Alexandra Azevedo
PD-065 – (23SPP-12689);
PD-158 – (23SPP-12553);
PD-343 – (23SPP-12570)

70663
Inês Azevedo Carvalho
PAS-066 – (23SPP-13021);
PD-145 – (23SPP-12879)

67221
Inês Barros Rua
CO-034 – (23SPP-12645);
PD-245 – (23SPP-12646)

71401
Inês Bernardo Nunes
PD-139 – (23SPP-13056)

71316
Inês Candeias
PD-093 – (23SPP-12932);
PD-133 – (23SPP-12691)

70299
Inês Carvalho
PD-045 – (23SPP-12984)

70560
Inês Correia Magalhães
PD-007 – (23SPP-12990);
PD-008 – (23SPP-12997)

71120
Inês Costa Lobo
PAS-010 – (23SPP-13065)

70275
Inês Da Bernarda Rodrigues
PAS-004 – (23SPP-12980)

66519
Inês De Almeida Santos
PD-178 – (23SPP-12538)

69437
Inês Eiras
PAS-015 – (23SPP-12740);
PD-371 – (23SPP-12784);
PD-372 – (23SPP-12772)

70726
Inês Ferrão Fernandes
PD-206 – (23SPP-13026);
PD-394 – (23SPP-13013)

71259
Inês Foz
PD-382 – (23SPP-13076)

71045
Inês Furtado Gomes
PD-205 – (23SPP-12629);
PD-393 – (23SPP-12630)

69014
Inês Gameiro
PAS-041 – (23SPP-12832)

71374
Inês Lemos Martins
PAS-018 – (23SPP-13072);
PD-309 – (23SPP-13049)

68587
Inês Mazeda
PD-092 – (23SPP-12783);
PD-267 – (23SPP-12581)

71105
Inês Noites
PD-019 – (23SPP-12703);
PD-226 – (23SPP-12549);
PD-308 – (23SPP-13064)

68005
Inês Pais-Cunha
PAS-026 – (23SPP-12721);
PD-049 – (23SPP-12626);
PD-157 – (23SPP-12723)

70419
Inês Patrício Rodrigues
PD-141 – (23SPP-12995)

71656
Inês Pereira Soares
PD-056 – (23SPP-12852);
PD-204 – (23SPP-12870)

69881
Inês Piscalho
PD-258 – (23SPP-12922);
PD-259 – (23SPP-12937)

69507
Inês Silva Costa
CO-020 – (23SPP-12607);
PD-132 – (23SPP-12880)

68494
Inês Teles Figueiredo
CO-038 – (23SPP-12768)

68022
Inês Vivas
PD-006 – (23SPP-12725)

70012
Íris Ascenção
PD-055 – (23SPP-12952)

67773
Isabel Azevedo
CO-005 – (23SPP-12705)

71265
Isabel Coelho
PD-005 – (23SPP-13077)

71468
Isabel Mota Pinheiro
PD-225 – (23SPP-12794);
PD-318 – (23SPP-12805)

67593
Iuliana Lascu
PD-020 – (23SPP-12688)

71674
Jeferson Manoel Teixeira
PD-035 – (23SPP-13016);
PD-109 – (23SPP-12987);
PD-392 – (23SPP-13080)

71082
Joana Almeida Monteiro
PD-214 – (23SPP-12892);
PD-266 – (23SPP-13062)

69941
Joana Andresa Vasconcelos
PAS-016 – (23SPP-12733);
PD-117 – (23SPP-12747)

68345
Joana Antunes Pereira
PD-004 – (23SPP-12674);
PD-218 – (23SPP-12755)

70447
Joana Azevedo Silva
PD-278 – (23SPP-12999)

Apresentações por Primeiro Autor

67003
Joana Baptista De Lima
PAS-054 – (23SPP-12603);
PD-257 – (23SPP-12617);
PD-388 – (23SPP-12605)

69980
Joana Branco
CO-030 – (23SPP-12739);
PD-256 – (23SPP-12743);
PD-306 – (23SPP-12923);
PD-307 – (23SPP-12947)

70512
Joana Capela
PD-335 – (23SPP-13009)

70206
Joana Carvalho Queirós
CO-014 – (23SPP-12974);
PD-203 – (23SPP-12970)

69187
Joana Costa Sousa
PD-211 – (23SPP-12858)

69640
Joana De Beir
PAS-007 – (23SPP-12904)

69061
Joana Ester Batista
PD-305 – (23SPP-12839)

67492
Joana F. Pires
PD-370 – (23SPP-12675)

70068
Joana Ferreira Mendes
PD-156 – (23SPP-12822);
PD-202 – (23SPP-12956)

70425
Joana Filipe Ribeiro
CO-015 – (23SPP-12989);
PD-201 – (23SPP-12996)

69718
Joana Gama Jardim
CO-008 – (23SPP-12914)

66776
Joana Neto
PD-155 – (23SPP-12551)

67234
Joana Nunes Pereira
PD-154 – (23SPP-12648)

69537
Joana Pereira Mendes
CO-022 – (23SPP-12895);
PD-352 – (23SPP-12877)

71065
Joana Valente Dias
PD-153 – (23SPP-12760)

68671
Joao Faria Dias
PD-221 – (23SPP-12797)

67328
João Filipe Nico
CO-004 – (23SPP-12661)

66505
Joao Miguel Nascimento
PAS-053 – (23SPP-12534)

66893
Joao Oliveira
PAS-024 – (23SPP-12596);
PAS-029 – (23SPP-12597)

71068
João Pedro Valente
PD-108 – (23SPP-13053);
PD-339 – (23SPP-13060)

71174
João Rebelo Lima
PD-017 – (23SPP-12707);
PD-247 – (23SPP-13068)

71494
João Simões
PAS-009 – (23SPP-13082);
PD-241 – (23SPP-13093)

68844
João Sousa Marques
CO-032 – (23SPP-12813)

66691
Josiah Ryman
CO-040 – (23SPP-12563)

66906
Kátia Maurício
PD-116 – (23SPP-12601)

71312
Kaylene Freitas
PD-239 – (23SPP-12817);
PD-240 – (23SPP-13070);
PD-304 – (23SPP-12663)

66584
Laura Conejero
CO-042 – (23SPP-12544)

70270
Laura Leite De Almeida
CO-013 – (23SPP-12959);
PD-334 – (23SPP-12977)

71521
Leonor Cardoso
CO-001 – (23SPP-13092);
PD-131 – (23SPP-12930)

68432
Leonor Figueira
PD-016 – (23SPP-12742);
PD-144 – (23SPP-12761);
PD-265 – (23SPP-12757)

66708
Leonor Rocha
PD-172 – (23SPP-12569)

71472
Lia Mano
PD-389 – (23SPP-13090)

67112
Lisa Pereira Soares
PD-255 – (23SPP-12634)

66614
Lúcia Marques
PD-228 – (23SPP-12550)

69596
Luciana Abelha
PD-152 – (23SPP-12901);
PD-277 – (23SPP-12815)

70929
Lucinda Amorim Delgado
PD-003 – (23SPP-13046)

69511
Luzia Condessa
PD-168 – (23SPP-12659);
PD-361 – (23SPP-12891)

70485
M Eduarda Caseiro Alves
PD-186 – (23SPP-13005)

71409
Madalena Alexandre
PD-369 – (23SPP-13085)

71641
Madalena Correia Pires
PAS-068 – (23SPP-13063);
PD-254 – (23SPP-12972)

67090
Madalena Fonseca
PD-167 – (23SPP-12631)

Apresentações por Primeiro Autor

70844
Madalena Torrado Malato
PD-103 – (23SPP-13036)

71541
Madalena Von Hafe
PD-076 – (23SPP-12744);
PD-368 – (23SPP-12748)

71007
Mafalda Félix Cabral
CO-039 – (23SPP-12948);
PD-185 – (23SPP-12958)

71091
Mafalda Sousa Cardoso
PD-015 – (23SPP-13052);
PD-200 – (23SPP-12641)

69382
Manuel Lima Ferreira
PD-033 – (23SPP-12878);
PD-034 – (23SPP-12872)

67418
Manuela Lopes
CO-029 – (23SPP-12671)

70645
Margarida Dias
PD-264 – (23SPP-13020)

71605
Margarida Moreno Fernandes
PD-011 – (23SPP-12622);
PD-303 – (23SPP-13001)

71196
Margarida Simão
PAS-011 – (23SPP-13071)

69573
Margarida Vicente-Ferreira
PAS-028 – (23SPP-12853)

71455
Maria Beatriz Morais
PD-107 – (23SPP-13084);
PD-364 – (23SPP-13089)

69079
Maria Inês Brito
PD-177 – (23SPP-12790)

70373
Maria Inês Neto
PD-378 – (23SPP-12994)

67977
Maria Inês Pires
PD-391 – (23SPP-12719)

71182
Maria Inês Sousa
PAS-043 – (23SPP-12966);
PD-082 – (23SPP-12960)

71436
Maria Lages
PD-106 – (23SPP-13087)

71144
Maria Limbert
PD-027 – (23SPP-13066);
PD-127 – (23SPP-12695);
PD-234 – (23SPP-12704)

68039
Maria Miguel Resende
PAS-020 – (23SPP-12726)

69933
Maria Pereira
PD-253 – (23SPP-12945)

71059
Maria Ravara
PD-350 – (23SPP-13059)

66799
Mariana Cortez Ferreira
CO-043 – (23SPP-12584);
CO-044 – (23SPP-12583)

67956
Mariana Da Rocha Pinto
PD-054 – (23SPP-12716)

70466
Mariana Dias Costa
PD-367 – (23SPP-13002)

71479
Mariana Eiras Dias
PD-044 – (23SPP-12624)

69865
Mariana Fidalgo Silva
PD-043 – (23SPP-12934)

68311
Mariana Gaspar
PAS-050 – (23SPP-12751)

67067
Mariana Gouveia Lopes
PD-042 – (23SPP-12627)

67405
Mariana Lopes Costa
PD-199 – (23SPP-12669);
PD-244 – (23SPP-12665)

67269
Mariana M. Anjos
PAS-067 – (23SPP-12652)

71002
Mariana Martins
PD-089 – (23SPP-12830);
PD-252 – (23SPP-12899);
PD-353 – (23SPP-12657)

70496
Mariana Nunes
PAS-023 – (23SPP-13007)

68739
Mariana Pedro
PD-053 – (23SPP-12804);
PD-151 – (23SPP-12579)

70753
Mariana Pinto Dos Reis
PD-251 – (23SPP-13027)

69830
Mariana Ribeiro
PD-166 – (23SPP-12929);
PD-233 – (23SPP-12834)

66923
Mariana Rodrigues Neto
PD-236 – (23SPP-12604)

69500
Mariana Ruivo
PD-189 – (23SPP-12890)

68446
Mariana Sá Pinto
PAS-030 – (23SPP-12720)

69813
Mariana Santos Nobre
PD-165 – (23SPP-12926)

67334
Mariana Sousa Santos
CO-023 – (23SPP-12656);
PD-390 – (23SPP-12662)

70818
Mario Ribeiro
PD-071 – (23SPP-12806);
PD-198 – (23SPP-12918)

67926
Marisa Sousa
CO-041 – (23SPP-12714)

70134
Marta Caldas
PD-052 – (23SPP-12963)

Apresentações por Primeiro Autor

69587
Marta Carvalho
PD-164 – (23SPP-12893)

67804
Marta Figueiredo
PD-263 – (23SPP-12613);
PD-342 – (23SPP-12710)

69175
Marta Isabel Dias
PD-032 – (23SPP-12856);
PD-317 – (23SPP-12842)

70791
Marta Pelicano
PD-184 – (23SPP-12612)

69731
Marta Rodrigues
PAS-034 – (23SPP-12902)

70529
Marta Rodrigues Amaral
PAS-012 – (23SPP-13011);
PD-366 – (23SPP-12992)

70689
Matilde Oliveira Pinto
PAS-057 – (23SPP-13022)

70695
Miguel Lince Duarte
PD-113 – (23SPP-13015);
PD-316 – (23SPP-12802)

67765
Miguel Lucas
CO-007 – (23SPP-12701)

67882
Nina Berdianu
PAS-046 – (23SPP-12712)

67468
Nuno Sanches De Almeida
PD-041 – (23SPP-12672)

68231
Olga Cabrerizo
PAS-025 – (23SPP-12741)

67145
Patrícia Campos
PD-051 – (23SPP-12635)

70478
Patrícia Ribeiro Gonçalves
PD-070 – (23SPP-13004)

71230
Patricia Santos
PD-298 – (23SPP-13073)

66815
Patrícia Sousa
CO-016 – (23SPP-12585);
PD-351 – (23SPP-12587)

68069
Patrícia Teixeira
CO-019 – (23SPP-12729)

70245
Pedro Miragaia
PAS-021 – (23SPP-12752)

70858
Pedro Mota Reis
CO-045 – (23SPP-13037)

66835
Rafael Inácio
PD-326 – (23SPP-12590)

69467
Rafaela Paiva
CO-046 – (23SPP-12670);
PD-026 – (23SPP-12884)

70200
Raquel Almeida Branco
PD-081 – (23SPP-12973)

71275
Raquel Da Costa Neves
PD-068 – (23SPP-13039);
PD-069 – (23SPP-13078);
PD-333 – (23SPP-13061)

66945
Raquel Lopes
PD-250 – (23SPP-12608)

69715
Raquel Marques Oliveira
PD-163 – (23SPP-12898);
PD-176 – (23SPP-12906);
PD-237 – (23SPP-12913)

69054
Raquel Oliveira Inácio
PD-217 – (23SPP-12838);
PD-387 – (23SPP-12808)

69532
Raquel Palha Martins
CO-025 – (23SPP-12889);
PD-210 – (23SPP-12874)

70975
Rebeca Santos
PD-175 – (23SPP-13048);
PD-379 – (23SPP-12946)

70187
Ricardo Domingos Grilo
PD-183 – (23SPP-12971)

70748
Rita Aldeia Da Silva
PD-030 – (23SPP-13023);
PD-031 – (23SPP-12986)

66955
Rita Alvelos
PD-067 – (23SPP-12611)

69924
Rita Carneiro Martins
PD-349 – (23SPP-12943)

68811
Rita Marchante Pita
PAS-031 – (23SPP-12799)

69886
Rita Matos Parreira
PD-209 – (23SPP-12938)

71538
Rita Moutinho
CO-028 – (23SPP-12623)

67672
Rita Ribeiro Martins
CO-036 – (23SPP-12697)

71651
Rita Salgueiro
PD-294 – (23SPP-13096)

68960
Rita Silva Pereira
PD-340 – (23SPP-12823)

68546
Rita Sousa
CO-021 – (23SPP-12767);
PD-179 – (23SPP-12776)

68476
Rita Vilar Queirós
PD-111 – (23SPP-12738);
PD-249 – (23SPP-12766);
PD-302 – (23SPP-12753)

70146
Rosa Amorim-Figueiredo
PD-091 – (23SPP-12965)

Apresentações por Primeiro Autor

69824
Rosa Duarte Cardoso
PD-224 – (23SPP-12928)

68809
Rosario Ferreira
CO-026 – (23SPP-12803)

68447
Rui Diogo
PD-130 – (23SPP-12754);
PD-197 – (23SPP-12745);
PD-331 – (23SPP-12762);
PD-332 – (23SPP-12759)

67589
Rui J. Miranda
PD-386 – (23SPP-12687)

69301
Rute Monteiro
PAS-008 – (23SPP-12782)

69909
Sandra Soares Cardoso
PD-105 – (23SPP-12942)

69559
Sara Alves Araújo
PD-129 – (23SPP-12881);
PD-223 – (23SPP-12897)

66666
Sara Catarino
PAS-060 – (23SPP-12560)

70761
Sara Laranja
PD-262 – (23SPP-13029)

70808
Sara Nogueira Machado
PD-064 – (23SPP-13032)

69198
Sara Silva Rodrigues
PD-162 – (23SPP-12840);
PD-196 – (23SPP-12860);
PD-238 – (23SPP-12821)

68658
Sara Sousa Fernandes
PD-288 – (23SPP-12795);
PD-315 – (23SPP-12785)

69788
Sílvia Afonso Lopes
PD-150 – (23SPP-12924)

66735
Sílvia Duarte Costa
PD-142 – (23SPP-12575)

67292
Sofia Branco
PD-190 – (23SPP-12653);
PD-248 – (23SPP-12651)

69650
Sofia Lima
PAS-042 – (23SPP-12883);
PD-072 – (23SPP-12907)

70803
Sofia Macedo
PD-188 – (23SPP-13031)

67651
Sofia Poço Miranda
CO-012 – (23SPP-12680);
CO-047 – (23SPP-12684)

69316
Sofia Ramos Lopes
CO-033 – (23SPP-12857)

70862
Sofia Raposo Carneiro
PAS-017 – (23SPP-13038);
PD-195 – (23SPP-12780)

67389
Sofia Rito
PD-181 – (23SPP-12666)

70896
Sofia Seabra Vieira
PD-080 – (23SPP-12886);
PD-276 – (23SPP-13042);
PD-375 – (23SPP-12925)

66602
Sofia Silva Faria
PD-115 – (23SPP-12546)

71504
Sónia Correia
PD-029 – (23SPP-13091);
PD-301 – (23SPP-13003)

71667
Susana Pissarra
PAS-035 – (23SPP-13000)

70959
Susete Vieira
PD-365 – (23SPP-13047)

66933
Tatiana Alves
PAS-055 – (23SPP-12606)

69797
Tatiana Gonçalves
PD-023 – (23SPP-12888)

67239
Tatiana Moreira
PD-079 – (23SPP-12649)

71635
Teresa Almeida Lopes
CO-010 – (23SPP-13010)

67632
Teresa Cachada Baptista
PD-040 – (23SPP-12692)

68688
Teresa Magalhães
PD-208 – (23SPP-12800);
PD-300 – (23SPP-12592)

71663
Teresa Miranda
CO-017 – (23SPP-12609);
PAS-005 – (23SPP-12594);
PD-039 – (23SPP-12750);
PD-128 – (23SPP-12765)

68887
Teresa Tavares
PAS-064 – (23SPP-12764);
PD-292 – (23SPP-12788);
PD-293 – (23SPP-12816)

66553
Tomás Ferrão
PD-014 – (23SPP-12540)

70621
Vânia Oliveira
PD-222 – (23SPP-13018)

68055
Vitória Cadete
PD-194 – (23SPP-12728)

Apresentações por Tema

SPP
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

341
Alergologia
PD-343 – (23SPP-12570);
PAS-024 – (23SPP-12596);
CO-012 – (23SPP-12680);
PD-348 – (23SPP-12709);
PD-342 – (23SPP-12710);
PD-346 – (23SPP-12731);
PAS-025 – (23SPP-12741);
PD-340 – (23SPP-12823);
PD-349 – (23SPP-12943);
PD-347 – (23SPP-12954);
CO-011 – (23SPP-13006);
PD-341 – (23SPP-13014);
PD-350 – (23SPP-13059);
PD-344 – (23SPP-13086);
PD-345 – (23SPP-13095)

342
Cardiologia Pediátrica
PD-178 – (23SPP-12538);
PD-174 – (23SPP-12602);
PD-173 – (23SPP-12642);
PD-181 – (23SPP-12666);
PD-179 – (23SPP-12776);
PD-177 – (23SPP-12790);
PD-180 – (23SPP-12865);
PD-176 – (23SPP-12906);
PD-182 – (23SPP-12950);
PD-175 – (23SPP-13048);
PAS-047 – (23SPP-13081)

343
Cirurgia Pediátrica
PD-226 – (23SPP-12549);
PD-228 – (23SPP-12550);
PD-229 – (23SPP-12681);
PD-225 – (23SPP-12794);
PD-221 – (23SPP-12797);
PD-220 – (23SPP-12807);
PD-230 – (23SPP-12824);
PD-231 – (23SPP-12835);
PD-227 – (23SPP-12864);
PD-223 – (23SPP-12897);
PD-224 – (23SPP-12928);
PD-222 – (23SPP-13018);
PD-232 – (23SPP-13054)

344
Cuidados Intensivos
CO-016 – (23SPP-12585);
CO-017 – (23SPP-12609);
PD-184 – (23SPP-12612);
PD-187 – (23SPP-12682);
PD-185 – (23SPP-12958);
PD-183 – (23SPP-12971);
PD-186 – (23SPP-13005)

345
Doenças Hereditárias do Metabolismo
PD-336 – (23SPP-12614);
PAS-049 – (23SPP-12693);
PD-332 – (23SPP-12759);
PD-331 – (23SPP-12762);
CO-021 – (23SPP-12767);
PD-337 – (23SPP-12940);
PD-334 – (23SPP-12977);
PD-335 – (23SPP-13009);
PD-333 – (23SPP-13061)

347
Endocrinologia
PD-010 – (23SPP-12572);
PD-012 – (23SPP-12577);
PD-001 – (23SPP-12582);
PD-011 – (23SPP-12622);
PD-004 – (23SPP-12674);
PD-013 – (23SPP-12678);
PAS-026 – (23SPP-12721);
PAS-027 – (23SPP-12724);
PD-006 – (23SPP-12725);
PD-002 – (23SPP-12841);
PAS-028 – (23SPP-12853);
PD-009 – (23SPP-12867);
PD-007 – (23SPP-12990);
PD-008 – (23SPP-12997);
PD-003 – (23SPP-13046);
PD-005 – (23SPP-13077)

348
Enfermagem Pediátrica
PD-338 – (23SPP-12559)

349
Farmacologia e Terapêutica
PAS-013 – (23SPP-12589);
PD-290 – (23SPP-12786);
PD-288 – (23SPP-12795);
PD-291 – (23SPP-12820);
PD-289 – (23SPP-12828);
PD-378 – (23SPP-12994)

350
Gastrenterologia, Nutrição e Hepatologia
PD-172 – (23SPP-12569);
PD-300 – (23SPP-12592);
PAS-029 – (23SPP-12597);
PD-205 – (23SPP-12629);
PD-200 – (23SPP-12641);
PD-304 – (23SPP-12663);
PD-199 – (23SPP-12669);
PAS-030 – (23SPP-12720);
PD-194 – (23SPP-12728);
PD-197 – (23SPP-12745);
PD-302 – (23SPP-12753);
PD-310 – (23SPP-12778);
PD-195 – (23SPP-12780);
PAS-031 – (23SPP-12799);
PD-305 – (23SPP-12839);
PD-196 – (23SPP-12860);
PD-204 – (23SPP-12870);
PD-311 – (23SPP-12894);
PD-312 – (23SPP-12900);
PD-207 – (23SPP-12910);
PD-313 – (23SPP-12915);
PD-198 – (23SPP-12918);
PD-306 – (23SPP-12923);
PD-307 – (23SPP-12947);
PD-202 – (23SPP-12956);
CO-013 – (23SPP-12959);
PD-203 – (23SPP-12970);
CO-014 – (23SPP-12974);
CO-015 – (23SPP-12989);
PD-201 – (23SPP-12996);
PD-303 – (23SPP-13001);
PD-301 – (23SPP-13003);
PD-206 – (23SPP-13026);
PAS-032 – (23SPP-13040);
PD-309 – (23SPP-13049);
PD-308 – (23SPP-13064)

351
Genética
PD-292 – (23SPP-12788);
PD-295 – (23SPP-12796);
PD-293 – (23SPP-12816);
PD-296 – (23SPP-13019);
PD-294 – (23SPP-13096)

352
Hematologia
PD-250 – (23SPP-12608);
PD-257 – (23SPP-12617);
PD-255 – (23SPP-12634);
PD-261 – (23SPP-12650);
PD-248 – (23SPP-12651);
CO-003 – (23SPP-12737);
PD-256 – (23SPP-12743);
PAS-050 – (23SPP-12751);
PD-249 – (23SPP-12766);
PD-252 – (23SPP-12899);
PD-258 – (23SPP-12922);
PD-259 – (23SPP-12937);
PD-253 – (23SPP-12945);
PD-254 – (23SPP-12972);
PD-260 – (23SPP-13012);
PD-251 – (23SPP-13027)

353
Infecciologia
PD-118 – (23SPP-12536);
PD-014 – (23SPP-12540);
CO-042 – (23SPP-12544);
PD-115 – (23SPP-12546);
CO-040 – (23SPP-12563);
CO-006 – (23SPP-12568);
PD-122 – (23SPP-12573);
PD-123 – (23SPP-12574);
PD-022 – (23SPP-12586);
PAS-005 – (23SPP-12594);
PD-116 – (23SPP-12601);
PD-021 – (23SPP-12628);
PD-025 – (23SPP-12636);
PD-024 – (23SPP-12637);
PD-120 – (23SPP-12638);
PD-124 – (23SPP-12654);
PD-018 – (23SPP-12658);
PAS-003 – (23SPP-12668);
PD-020 – (23SPP-12688);

PD-125 – (23SPP-12698);
CO-007 – (23SPP-12701);
PD-019 – (23SPP-12703);
PD-017 – (23SPP-12707);
PD-121 – (23SPP-12711);
CO-041 – (23SPP-12714);
PD-119 – (23SPP-12715);
PD-216 – (23SPP-12727);
PD-126 – (23SPP-12732);
PAS-016 – (23SPP-12733);
PD-111 – (23SPP-12738);
PAS-015 – (23SPP-12740);
PD-016 – (23SPP-12742);
PD-117 – (23SPP-12747);
PD-218 – (23SPP-12755);
CO-038 – (23SPP-12768);
PD-322 – (23SPP-12770);
PAS-002 – (23SPP-12775);
PD-321 – (23SPP-12781);
PAS-008 – (23SPP-12782);
PD-315 – (23SPP-12785);
PAS-001 – (23SPP-12789);
PD-320 – (23SPP-12791);
PD-323 – (23SPP-12792);
PD-208 – (23SPP-12800);
PD-325 – (23SPP-12801);
PD-316 – (23SPP-12802);
PD-318 – (23SPP-12805);
PD-324 – (23SPP-12810);
PD-212 – (23SPP-12811);
CO-009 – (23SPP-12819);
PD-319 – (23SPP-12833);
PD-314 – (23SPP-12837);
PD-217 – (23SPP-12838);
PD-317 – (23SPP-12842);
PD-028 – (23SPP-12854);
PD-038 – (23SPP-12855);
PD-032 – (23SPP-12856);
PD-211 – (23SPP-12858);
PD-215 – (23SPP-12863);
PD-034 – (23SPP-12872);
PD-210 – (23SPP-12874);
PD-033 – (23SPP-12878);
PD-023 – (23SPP-12888);
PD-214 – (23SPP-12892);
PAS-007 – (23SPP-12904);
PD-037 – (23SPP-12909);
CO-008 – (23SPP-12914);
PD-213 – (23SPP-12916);
PD-209 – (23SPP-12938);
PD-105 – (23SPP-12942);
CO-039 – (23SPP-12948);
PD-219 – (23SPP-12975);
PAS-004 – (23SPP-12980);
PD-112 – (23SPP-12981);
PD-104 – (23SPP-12982);
PAS-014 – (23SPP-12983);
PD-031 – (23SPP-12986);
PD-109 – (23SPP-12987);
CO-010 – (23SPP-13010);
PAS-012 – (23SPP-13011);
PD-113 – (23SPP-13015);
PD-035 – (23SPP-13016);
PD-030 – (23SPP-13023);
PAS-006 – (23SPP-13024);
PD-103 – (23SPP-13036);
PAS-017 – (23SPP-13038);
PD-114 – (23SPP-13050);
PD-110 – (23SPP-13051);
PD-015 – (23SPP-13052);
PD-108 – (23SPP-13053);
PAS-010 – (23SPP-13065);
PD-027 – (23SPP-13066);
PAS-011 – (23SPP-13071);
PAS-018 – (23SPP-13072);
PD-036 – (23SPP-13074);
PAS-009 – (23SPP-13082);
PD-107 – (23SPP-13084);
PD-106 – (23SPP-13087);
PD-029 – (23SPP-13091)

355
Medicina do Adolescente
PD-373 – (23SPP-12633);
CO-004 – (23SPP-12661);
PD-370 – (23SPP-12675);
PAS-036 – (23SPP-12685);
CO-005 – (23SPP-12705);
PD-368 – (23SPP-12748);
PD-372 – (23SPP-12772);
PAS-037 – (23SPP-12774);
PD-371 – (23SPP-12784);
PAS-038 – (23SPP-12818);
PD-374 – (23SPP-12920);
PD-366 – (23SPP-12992);
PD-367 – (23SPP-13002);
PD-365 – (23SPP-13047);
PAS-039 – (23SPP-13058);
PD-369 – (23SPP-13085)

356
Nefrologia
PD-246 – (23SPP-12556);
PD-236 – (23SPP-12604);
CO-034 – (23SPP-12645);
PD-245 – (23SPP-12646);
PD-244 – (23SPP-12665);
PD-242 – (23SPP-12673);
PD-234 – (23SPP-12704);
PAS-051 – (23SPP-12771);
PD-297 – (23SPP-12793);
CO-032 – (23SPP-12813);
PD-239 – (23SPP-12817);
PD-238 – (23SPP-12821);
PD-243 – (23SPP-12825);
PD-235 – (23SPP-12847);
CO-033 – (23SPP-12857);
CO-035 – (23SPP-12873);
PD-381 – (23SPP-12905);
PD-237 – (23SPP-12913);
PD-379 – (23SPP-12946);
PD-247 – (23SPP-13068);
PD-240 – (23SPP-13070);
PD-380 – (23SPP-13079);
PD-241 – (23SPP-13093)

357
Neonatologia
PAS-059 – (23SPP-12537);
PD-160 – (23SPP-12545);
PD-155 – (23SPP-12551);
PD-158 – (23SPP-12553);
PAS-060 – (23SPP-12560);
PD-151 – (23SPP-12579);
CO-020 – (23SPP-12607);
PD-154 – (23SPP-12648);
PD-190 – (23SPP-12653);
PAS-061 – (23SPP-12667);
PD-161 – (23SPP-12679);
PD-157 – (23SPP-12723);
PAS-062 – (23SPP-12736);
PD-153 – (23SPP-12760);
PD-156 – (23SPP-12822);
PD-159 – (23SPP-12843);
PD-189 – (23SPP-12890);
PD-152 – (23SPP-12901);
PD-150 – (23SPP-12924);
PD-192 – (23SPP-12964);
PD-191 – (23SPP-12991);
PD-188 – (23SPP-13031)

358
Neurodesenvolvimento
PD-142 – (23SPP-12575);
PD-147 – (23SPP-12644);
CO-023 – (23SPP-12656);
PAS-063 – (23SPP-12702);
PD-146 – (23SPP-12722);
CO-024 – (23SPP-12756);
PD-144 – (23SPP-12761);
PAS-064 – (23SPP-12764);
PD-145 – (23SPP-12879);
PAS-065 – (23SPP-12933);
PD-141 – (23SPP-12995);
PAS-066 – (23SPP-13021);
PD-143 – (23SPP-13043);
PD-139 – (23SPP-13056);
PD-140 – (23SPP-13067)

359
Neurologia
PD-137 – (23SPP-12543);
PD-138 – (23SPP-12580);
PD-267 – (23SPP-12581);
PD-263 – (23SPP-12613);
PD-048 – (23SPP-12621);
PD-044 – (23SPP-12624);
PD-049 – (23SPP-12626);
PD-042 – (23SPP-12627);
PD-148 – (23SPP-12640);
PD-149 – (23SPP-12647);
PAS-067 – (23SPP-12652);
PD-041 – (23SPP-12672);
PD-271 – (23SPP-12676);
PD-133 – (23SPP-12691);
PD-040 – (23SPP-12692);
PD-134 – (23SPP-12696);
PD-046 – (23SPP-12717);
PD-039 – (23SPP-12750);

PD-130 – (23SPP-12754);
PD-265 – (23SPP-12757);
PD-128 – (23SPP-12765);
PD-270 – (23SPP-12869);
PD-132 – (23SPP-12880);
PD-129 – (23SPP-12881);
PD-269 – (23SPP-12882);
CO-025 – (23SPP-12889);
PD-131 – (23SPP-12930);
PD-043 – (23SPP-12934);
PD-045 – (23SPP-12984);
PD-135 – (23SPP-12985);
PD-264 – (23SPP-13020);
PD-268 – (23SPP-13025);
PD-262 – (23SPP-13029);
PD-047 – (23SPP-13033);
PD-136 – (23SPP-13055);
PD-266 – (23SPP-13062);
PAS-068 – (23SPP-13063)

360
Oncologia
PD-351 – (23SPP-12587);
PD-358 – (23SPP-12599);
PD-363 – (23SPP-12616);
PD-357 – (23SPP-12619);
PD-353 – (23SPP-12657);
PD-360 – (23SPP-12812);
PD-356 – (23SPP-12845);
PAS-052 – (23SPP-12848);
PD-355 – (23SPP-12851);
PD-362 – (23SPP-12859);
PD-354 – (23SPP-12866);
PD-352 – (23SPP-12877);
PD-361 – (23SPP-12891);
PD-359 – (23SPP-12944);
PD-364 – (23SPP-13089)

361
Pediatria Ambulatória
PD-385 – (23SPP-12542);
PD-084 – (23SPP-12552);
PD-384 – (23SPP-12593);
PD-377 – (23SPP-12600);
PD-272 – (23SPP-12610);
PD-167 – (23SPP-12631);
PD-273 – (23SPP-12632);
PD-079 – (23SPP-12649);
PAS-040 – (23SPP-12655);
PD-168 – (23SPP-12659);
PD-086 – (23SPP-12664);
PD-085 – (23SPP-12686);
PD-083 – (23SPP-12735);
PD-171 – (23SPP-12746);
PD-089 – (23SPP-12830);
PAS-041 – (23SPP-12832);
PD-233 – (23SPP-12834);
PD-078 – (23SPP-12836);
PD-162 – (23SPP-12840);
PD-383 – (23SPP-12844);
PD-170 – (23SPP-12875);
PAS-042 – (23SPP-12883);
PD-080 – (23SPP-12886);
PD-164 – (23SPP-12893);
PD-163 – (23SPP-12898);
PD-375 – (23SPP-12925);
PD-165 – (23SPP-12926);
PD-166 – (23SPP-12929);
PD-087 – (23SPP-12941);
PD-376 – (23SPP-12951);
PD-169 – (23SPP-12955);
PD-082 – (23SPP-12960);
PD-088 – (23SPP-12962);
PAS-043 – (23SPP-12966);
PD-081 – (23SPP-12973);
PAS-044 – (23SPP-13008);
PD-382 – (23SPP-13076);
CO-001 – (23SPP-13092)

362
Pediatria Social
PAS-045 – (23SPP-12595);
PD-393 – (23SPP-12630);
PD-390 – (23SPP-12662);
PAS-046 – (23SPP-12712);
PD-391 – (23SPP-12719);
PD-395 – (23SPP-12763);
PD-396 – (23SPP-12896);
PD-394 – (23SPP-13013);
PD-392 – (23SPP-13080);
PD-389 – (23SPP-13090)

363
Pneumologia
PAS-019 – (23SPP-12539);
CO-027 – (23SPP-12557);
CO-028 – (23SPP-12623);
PD-090 – (23SPP-12639);
CO-029 – (23SPP-12671);
PD-065 – (23SPP-12689);
PD-102 – (23SPP-12708);
PD-097 – (23SPP-12718);
PAS-020 – (23SPP-12726);
CO-030 – (23SPP-12739);
PAS-021 – (23SPP-12752);
PD-092 – (23SPP-12783);
PD-100 – (23SPP-12787);
CO-026 – (23SPP-12803);
PAS-022 – (23SPP-12827);
PD-101 – (23SPP-12831);
PD-096 – (23SPP-12862);
PD-026 – (23SPP-12884);
PD-099 – (23SPP-12887);
PD-093 – (23SPP-12932);
PD-091 – (23SPP-12965);
CO-031 – (23SPP-12976);
PD-095 – (23SPP-12979);
PD-098 – (23SPP-12993);
PAS-023 – (23SPP-13007);
PD-064 – (23SPP-13032);
PD-094 – (23SPP-13034)

364
Reumatologia
PAS-053 – (23SPP-12534);
PD-060 – (23SPP-12541);
PD-051 – (23SPP-12635);
PD-061 – (23SPP-12660);
CO-036 – (23SPP-12697);
PD-054 – (23SPP-12716);
PD-058 – (23SPP-12734);
PD-063 – (23SPP-12798);
PD-053 – (23SPP-12804);
PD-062 – (23SPP-12814);
PD-056 – (23SPP-12852);
PD-050 – (23SPP-12931);
PD-059 – (23SPP-12949);
PD-055 – (23SPP-12952);
PD-052 – (23SPP-12963);
CO-037 – (23SPP-13044);
PD-057 – (23SPP-13045)

366
Urgência
PD-283 – (23SPP-12547);
PD-281 – (23SPP-12578);
CO-044 – (23SPP-12583);
CO-043 – (23SPP-12584);
PD-077 – (23SPP-12591);
PAS-054 – (23SPP-12603);
PAS-055 – (23SPP-12606);
PD-067 – (23SPP-12611);
PD-074 – (23SPP-12618);
PD-280 – (23SPP-12620);
CO-046 – (23SPP-12670);
CO-018 – (23SPP-12677);
CO-047 – (23SPP-12684);
PD-127 – (23SPP-12695);
PD-286 – (23SPP-12699);
PD-193 – (23SPP-12700);
CO-019 – (23SPP-12729);
PD-076 – (23SPP-12744);
PD-066 – (23SPP-12773);
PD-071 – (23SPP-12806);
PD-277 – (23SPP-12815);
PD-072 – (23SPP-12907);
PD-287 – (23SPP-12912);
PD-073 – (23SPP-12917);
PAS-056 – (23SPP-12927);
PD-284 – (23SPP-12935);
PD-075 – (23SPP-12939);
PD-279 – (23SPP-12953);
PD-285 – (23SPP-12978);
PD-278 – (23SPP-12999);
PD-070 – (23SPP-13004);
PAS-057 – (23SPP-13022);
PAS-058 – (23SPP-13035);
CO-045 – (23SPP-13037);
PD-068 – (23SPP-13039);
PD-276 – (23SPP-13042);
PD-274 – (23SPP-13069);
PD-282 – (23SPP-13075);
PD-069 – (23SPP-13078);
PD-275 – (23SPP-13094)

367
Ortopedia Infantil
PD-388 – (23SPP-12605);
PD-386 – (23SPP-12687);
PD-387 – (23SPP-12808)

368
Qualidade e Segurança
PAS-033 – (23SPP-12730);
CO-002 – (23SPP-12809);
PAS-034 – (23SPP-12902);
PAS-035 – (23SPP-13000);
PD-339 – (23SPP-13060)

369
Imunodeficiências Primárias
PD-299 – (23SPP-13041);
PD-298 – (23SPP-13073)

370
Cuidados Paliativos Pediátricos
PD-328 – (23SPP-12554);
PD-326 – (23SPP-12590);
PD-330 – (23SPP-12683);
CO-022 – (23SPP-12895);
PD-327 – (23SPP-12911);
PAS-048 – (23SPP-12961);
PD-329 – (23SPP-13088)

Agradecimentos e Contactos

A Sociedade Portuguesa de Pediatria agradece a:

Patrocinadores, Parceiros SPP e Expositores

Design gráfico
Go Create

Ilustração
Ana Seixas

Software de Gestão de Eventos
EventKey

Apoio audiovisual
Europalco

Fotografia
RXF

Secretariado Geral
Leading People Connected

contactos

Secretariado Sociedade Portuguesa de Pediatria
Rua Gaivotas em Terra, 6C – Piso 0
1990-601 Lisboa

Tel + 351 217 574 680 Fax +351 217 577 617
secretariado@spp.pt
www.spp.pt

Patrocínio Científico

Ordem dos Médicos