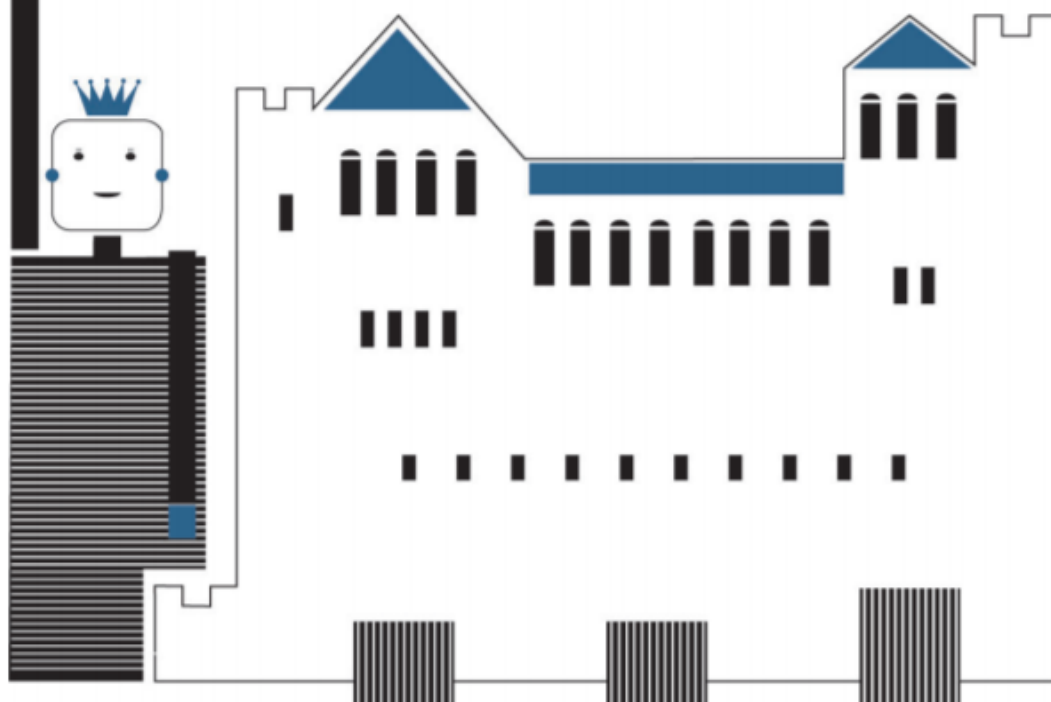
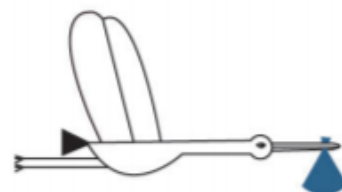


**25**<sup>as</sup> JORNADAS DE PEDIATRIA  
DE LEIRIA E CALDAS DA RAINHA  
29 E 30 DE NOVEMBRO 2018 | ESTÁDIO MUNICIPAL DE LEIRIA - PORTA 7

# REVISITAR O PASSADO, *OLHAR O FUTURO*



## LIVRO DE RESUMOS

## Índice

### Comunicações de Palestrantes

“Hot Topics” em... Reanimação do recém-nascido .....	4
“Hot Topics” em... Reanimação da criança e do adolescente .....	4
“Hot Topics” em... Doença inflamatória intestinal.....	4
“Hot Topics” em... Doença celíaca .....	6
Prevenção da doença meningocócica: onde estamos e o futuro .....	7
Exame neurológico: qual a importância hoje.....	8
Autismo: promessas para o futuro.....	9
Asma: novos fármacos e novos dispositivos .....	10
Tuberculose: evolução dos métodos de diagnóstico .....	10
Novos métodos de tratamento e assistência em pneumologia pediátrica .....	11
Papel dos métodos moleculares de diagnóstico nas doenças infecciosas .....	13
Antibioterapia no século XXI .....	14
Pediatria, um encontro de gerações: visitar o passado, olhar o futuro .....	14

### Comunicações Livres - 1ª Mesa

#### Quinta-feira, 29 de novembro de 2018, 16.45

Investigação Etiológica de Causa Genética na Perturbação do Espetro do Autismo .....	17
Avaliação do Neurodesenvolvimento do Prematuro de Extremo Baixo Peso – Experiência da Consulta de Risco Biológico 2010-2018 .....	18
Que grande dor de cabeça! – Estudo de cefaleias numa população pediátrica.....	19
Janela Aortopulmonar – um diagnóstico a não esquecer! .....	20
Uma tosse que não passa! – a propósito de um caso clínico .....	21
Estratégia de vacinação seletiva com BCG - estamos a identificar todas as crianças elegíveis? .....	22

### Comunicações Livres - 2ª Mesa

#### Quinta-feira, 29 de novembro de 2018, 17.45

Um caso de anemia sideropénica – revisitando uma causa pouco frequente .....	23
Caso clínico: Ansiedade e adolescência – que etiologia?.....	24
Uma série de casos de imunodeficiência primária humoral.....	25
Patologias da Adolescência – Uma Nunca Vem Só .....	26
Miopercardite como causa de dor torácica aguda no adolescente .....	27

Um caso difícil de engolir!..... 28

### **Comunicações Livres - 3ª Mesa**

#### **Sexta-feira, 30 de novembro de 2018, 08.15**

Prescrição de antibióticos para o ambulatório numa Urgência Pediátrica..... 29

Que antibiótico prescreveria? ..... 30

Vacinação em crianças e adolescentes – a realidade nacional e na região centro ..... 31

Exantema vesicular – quando o passado esconde a chave para o diagnóstico ..... 32

Síndrome Gianotti-Crosti – um exantema para não esquecer ..... 33

### **Comunicações Livres - 4ª Mesa**

#### **Sexta-feira, 30 de novembro de 2018, 09.00**

Técnica inalatória numa consulta de pediatria ..... 35

Estarão as nossas crianças da Consulta de Alergologia Pediátrica bem controladas? ..... 36

Angioedema e urticária aguda recorrentes – caso clínico ..... 37

Vacinação BCG – riscos e oportunidades ..... 38

# COMUNICAÇÕES DE PALESTRANTES

## **“Hot Topics” em... Reanimação do recém-nascido**

Inês Girbal e Joana Saldanha, HSM

---

- Reanimação neonatal: contextualização histórica e fisiologia
- Novas *guidelines* em reanimação neonatal: as novidades
- Medidas de otimização da reanimação neonatal
- A reanimação no limiar da viabilidade.

## **“Hot Topics” em... Reanimação da criança e do adolescente**

Francisco Abecasis, HSM

---

De cinco em cinco anos são emitidas novas recomendações e algoritmos de reanimação pelas principais entidades mundiais de reanimação. O ILCOR é um comité internacional de ressuscitação que tenta regular e uniformizar as normas emitidas pelas várias entidades.

Serão discutidos os algoritmos mais recentes de suporte básico e avançado de vida pediátricos, bem como as principais novidades e alterações nestas recomendações de 2015.

Como tópicos atuais será abordado o papel da ecocardiografia durante a reanimação e ainda a reanimação com recurso ao ECMO (extra corporeal membrane oxygenation). Esta última modalidade denomina-se reanimação extra-corporal (ECPR).

A título ilustrativo irá relatar-se o caso de uma menina de 6 anos com miocardite fulminante, que após paragem cardio-respiratória foi sujeita a reanimação extra-corporal com ECMO.

## **“Hot Topics” em... Doença inflamatória intestinal**

Helena Loreto, HSM

---

A doença inflamatória intestinal (DII) é caracterizada por uma resposta imune exagerada da mucosa intestinal, ao conteúdo do lúmen (fatores ambientais, microbiota), em indivíduos geneticamente suscetíveis. Tem um percurso crónico com múltiplas remissões e recaídas, com um espectro clínico heterogéneo, incluindo manifestações extraintestinais. O seu diagnóstico implica uma inflamação crónica gastrointestinal, com exclusão de outras causas. Só a

combinação da avaliação clínica com critérios endoscópicos, histológicos, imagiológicos, laboratoriais e da resposta à terapêutica, permitem fazer o diagnóstico. Classicamente subdividida em Doença de Crohn (DC), Colite Ulcerosa (CU) e Colite não classificável, os recentes avanços demonstraram uma necessidade óbvia de melhor padronizar os subtipos de DII. Estudos genético-fenotípicos demonstram, que a DII engloba uma variedade de doenças, que vão, em sequência, desde a DC do intestino delgado, DC do cólon, DII não classificada, para a CU atípica e a CU típica. Apesar da melhoria do conhecimento a etiologia precisa ainda é desconhecida, pelo que não existe uma terapêutica dirigida a uma causa. Até à introdução da terapêutica biológica não se conseguiu alterar a história natural da doença, embora tivessem aumentado os índices de qualidade de vida. Atualmente, para além do alívio dos sintomas, otimização do crescimento, minimização da toxicidade dos fármacos, pretende-se chegar à cicatrização da mucosa, como forma de alterar a progressão da DII. A manutenção tradicional da DII, feita com base na intensificação progressiva do tratamento por etapas, com reavaliação da resposta de acordo com os sintomas, não melhora os resultados a longo prazo da DII e coloca os pacientes em risco de lesão intestinal. Para além da introdução de novas terapias, desenvolveu-se uma nova estratégia de abordagem – *Treat to target* – baseada em avaliações regulares da atividade da doença, utilizando não só critérios clínicos, mas também laboratoriais, incluindo biomarcadores fecais (ex.: calprotectina) e resultados endoscópicos e histológicos, com subsequente ajuste da terapêutica. Esta abordagem é complementar com o conceito de intervenção precoce em pacientes de alto risco. Em relação à terapêutica, que se divide em terapêutica de indução de remissão e terapêutica de manutenção, tem sido cada vez mais individualizada, de acordo com o subtipo, a apresentação clínica, a gravidade. A nível da terapêutica biológica, novos fármacos têm surgido, com formas de atuação diferentes, uns com melhores resultados na DC e outros na CU. Concomitantemente, melhorou a capacidade de avaliação da eficácia e risco dos fármacos utilizados. Tem sido alvo de atenção o controlo das consequências associadas à DII e prevenção de complicações, nomeadamente no que se refere às manifestações extraintestinais, nutrição, anemia, alterações ósseas, tromboembolismo, com melhoria no diagnóstico precoce e intervenção.

## “Hot Topics” em... Doença celíaca

Susana Almeida, CHUC-HPC

---

A Doença Celíaca (DC) é uma doença sistémica imunomediada, desencadeada pela ingestão de glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis. Caracteriza-se pela presença de uma combinação variável de manifestações clínicas dependentes do glúten, anticorpos específicos, presença dos haplotipos HLA DQ2 ou DQ8 e enteropatia. A sua prevalência é de 1:100 a 1:200, sendo portanto uma doença frequente.

Nos primeiros anos de vida predominam as formas de apresentação digestiva com anorexia, diarreia crónica, distensão abdominal, desnutrição com perda acentuada das massas musculares, muito evidente a nível glúteo, e irritabilidade. As manifestações digestivas nas crianças em idade escolar e adolescentes são geralmente menos exuberantes que nos primeiros anos e podem confundir-se com a Síndrome do Intestino Irritável. Em crianças em idade escolar, adolescentes e adultos, são mais frequentes formas de apresentação extra digestivas como anemia refratária ao ferro oral, hipertransaminasémia isolada, baixa estatura isolada, atraso pubertário, amenorreia, obstipação refratária, artralguas e osteoporose, hipoplasia do esmalte dentário, aftas de repetição, fadiga crónica entre outras, pelo que é importante um elevado nível de suspeição para estabelecer o diagnóstico. Existem grupos de risco para DC, onde o diagnóstico é realizado por rastreio (familiares de primeiro grau de doentes celíacos, síndromes de Turner, Down, diabetes *mellitus*, tiroidite autoimune, algumas doenças reumatológicas entre outras). Estes indivíduos são muitas vezes assintomáticos à data do diagnóstico.

Os anticorpos atualmente disponíveis para rastreio serológico são altamente sensíveis e específicos. Perante a suspeita clínica de DC, deve proceder-se à determinação da IgA sérica total (para excluir défice de IgA) e dos anticorpos anti- transglutaminase tecidual IgA. Se o indivíduo apresenta valores séricos baixos de IgA devem ser doseados os anticorpos anti transglutaminase tecidual IgG. Nas crianças com menos de dois anos devem ser doseados também os anticorpos anti- gliadina desaminada do tipo IgA. Os anticorpos anti-gliadina IgG têm uma especificidade baixa para DC. Os anticorpos anti-endomísio tem uma especificidade e sensibilidade elevadas, no entanto, a técnica é observador dependente. O estudo genético para a determinação da presença dos genes do complexo HLA DQ2 e DQ8 é de grande importância pois a sua negatividade têm um elevado valor preditivo negativo, ou seja, invalida praticamente a suspeita do diagnóstico de DC. Isoladamente a sua positividade não serve para diagnóstico, pois estes haplótipos podem estar presentes em até 30% da população saudável.

As últimas guidelines da ESPGHAN (*European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*), publicadas em 2012, colocam a possibilidade de estabelecer o diagnóstico sem biópsia jejunal se forem cumpridos TODOS os seguintes critérios:

- Clínica de apresentação sugestiva (diarreia, má progressão ponderal, mal absorção)
- Título de anticorpo anti transglutaminase tecidual > 10 vezes o limite superior normalidade.
- Pesquisa positiva de anticorpo anti endomísio numa segunda amostra, colhida em dia diferente.
- Positividade para HLA DQ2 ou DQ8.
- A hipótese de diagnóstico sem biópsia deve ser proposta por um Gastroenterologista Pediátrico e com o consentimento devidamente informado dos pais.

Se não cumprir TODOS os critérios anteriores, a biópsia é obrigatória.

A implementação desta recomendação tem levantado algumas questões entre diversos especialistas, que advertem para a aparente facilidade do diagnóstico sem biópsia, nomeadamente no que diz respeito à definição de clínica sugestiva e à valorização do valor dos anticorpos, sendo que o limite superior da normalidade varia entre laboratórios e métodos de análise e a determinação dos anticorpos anti endomísio é dependente da experiência do observador.

O diagnóstico de Doença Celíaca numa criança ou adolescente implica uma enorme responsabilidade. Obriga à adoção da dieta sem glúten para toda a vida, com impacto na esfera social e económica no doente e sua família, pelo que deverá ser realizado por profissionais com experiência.

### **Prevenção da doença meningocócica: onde estamos e o futuro**

Fernanda Rodrigues, CHUC-HPC

---

A doença invasiva meningocócica é rara mas potencialmente muito grave, com mortalidade elevada e deixando sequelas numa percentagem considerável de sobreviventes. Os progressos na redução da taxa de mortalidade nas últimas décadas têm sido escassos, sendo muito importante a prevenção.

A incidência mais elevada da doença ocorre nos primeiros anos de vida, em particular no primeiro ano, pelo que é importante a vacinação precoce quando se procura a proteção direta individual. Alguns países têm um segundo pico na adolescência.



Os grupos de meningococo em circulação variam com o local e com o tempo, sendo esta epidemiologia complexa, dinâmica e por vezes imprevisível. Com a redução importante do grupo C após utilização da vacina conjugada, o grupo B tem sido predominante na Europa e em Portugal.

Estão licenciadas duas vacinas proteicas contra meningococo B: uma a partir dos 2 meses e outra dos 10 anos, que podem ser administradas simultaneamente com outras vacinas e são imunogénicas e seguras. A primeira faz parte do PNV no Reino Unido, num esquema de 2+1 doses, com a primeira dose administrada aos 2 meses de idade. Já foram administradas mais de 3 milhões de doses, sendo os efeitos secundários mais frequentes as reações locais e a febre, parecendo ter uma boa efetividade e impacto na redução da doença invasiva causada por este grupo. O futuro trará informação sobre a duração da proteção induzida por estas vacinas proteicas, se originam imunidade de grupo e se protegem contra outros grupos.

Em alguns países, incluindo países europeus, tem-se assistido a um aumento importante do grupo W, por vezes com apresentações atípicas com sintomas gastrointestinais e com mortalidade elevada, o que levou à introdução da vacina conjugada quadrivalente ACWY nos programas nacionais em países como a Inglaterra e a Holanda. Será muito interessante seguir a evolução deste grupo nestes países, na restante Europa e no mundo.

Nos desafios para Portugal inclui-se a necessidade de manutenção de uma vigilância de qualidade da doença invasiva e da colonização para assim serem definidas as melhores políticas vacinais.

### **Exame neurológico: qual a importância hoje**

Filipe Palavra, CHUC-HPC

---

Os desenvolvimentos tecnológicos dos últimos anos têm assumido um papel absolutamente preponderante no estudo das doenças que afectam o sistema nervoso, tanto central, como periférico. De facto, em pleno século XXI, é impensável dissociar a prática da Neurologia Clínica da utilização sistemática de exames de imagem estrutural e até mesmo funcional do sistema nervoso central. Do mesmo modo, estudos de velocidades de condução nervosa, de electromiografia de detecção e até mesmo exames mais invasivos, como biópsias guiadas por técnicas de imagem, completam o leque de ferramentas de uso frequente, na investigação de doenças do nervo periférico, da junção neuromuscular e mesmo do músculo. Se a tudo isto se

somarem as enormes conquistas que a genética molecular tem trazido para a prática clínica, nos últimos anos, é possível que se fique com a sensação de que o diagnóstico, em Neurologia, deixará de ser frequentemente inexpugnável.

Todavia, nenhuma destas inovações substitui o papel absolutamente fulcral do médico, na abordagem à doença neurológica. Nenhum dos avanços tecnológicos supracitados tem a capacidade de olhar indiscriminadamente para os milhares de milhões de neurónios do sistema nervoso e de células que os suportam, para perceber onde está a disfunção e a doença. Essa é a função indelével do exame neurológico.

Entendido como uma extensão da própria anamnese, o exame neurológico é um exercício de localização anatómica, que permite uma interpretação da semiologia clínica e que permite, acima de tudo, guiar a investigação complementar para o local onde está efectivamente a doença do sistema nervoso. Prescindir de um exame neurológico cuidado e rigoroso pode transformar-se num hercúleo exercício de desperdício de recursos, sem qualquer sentido prático. Em medicina clínica, o diagnóstico assenta na semiologia. E o exame neurológico é um excelente instrumento de semiologia.

### **Autismo: promessas para o futuro**

Mónica Pinto, HBA

---

Desde as descrições iniciais de psicopatia autística feita por Leo Kanner em meados do século XX, esta patologia tem sido objeto de muita investigação. Vários investigadores tentaram encontrar teorias que explicassem os sintomas, identificar causas genéticas ou bioquímicas que ajudassem a perceber fisiopatologia, desenvolver formas de intervenção para melhorar os sintomas e até desenvolver fármacos que pudessem “curar” o autismo. No final do século XX percebia-se que se trata de um grupo de doentes com grande heterogeneidade de sintomas e falava-se de espectro do autismo e não de autismo como uma doença, percebendo-se que provavelmente poderá haver várias etiologias diversas que se manifestam da mesma forma. Ao longo de décadas os critérios foram mudando à medida que se foi percebendo melhor os défices subjacentes e a mudança de critérios e o interesse da comunidade científica fez com que houvesse um crescente diagnóstico, tornando-se quase uma “doença da moda”. A nova classificação DSM 5, modifica de novo os critérios diagnósticos, desaparecendo a Síndrome de Asperger e permitindo a possibilidade de comorbilidade com patologia da linguagem, cognitiva,

motora, sensorial, etc. As Perturbações do Espectro do Autismo continuam a ser alvo muitos estudos que, mais uma vez tentam encontrar marcadores genéticos ou bioquímicos, formas de diagnóstico precoce, explorar a eficácia das diferentes intervenções, encontrar novas formas de intervenção e até investigar a utilidade de vários novos fármacos. Contudo, muitas décadas depois ainda temos poucos resultados concretos e os múltiplos estudos em curso neste momento continuam a ser promessas para o futuro e não ainda respostas para a realidade atual.

### **Asma: novos fármacos e novos dispositivos**

João Marques, CHLC-HDE

---

A asma, de acordo com a definição atual, é uma doença heterogénea, geralmente caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas. Manifesta-se por sintomas respiratórios como pieira, dispneia, tosse e aperto torácico que variam ao longo do tempo e de intensidade. Para além da sintomatologia, em termos fisiopatológicos, há uma obstrução variável do fluxo expiratório. Nos últimos anos tem havido uma evolução notável no tratamento da asma, devendo-se esta mudança fundamentalmente pelo mais detalhado conhecimento da fisiopatologia da doença. Os grandes marcos terapêuticos no tratamento da asma iniciaram-se com o desenvolvimento de fármacos broncodilatadores, seguidos da corticoterapia inalada e, nos últimos anos, o desenvolvimento de anticorpos monoclonais. Nas últimas décadas assistiu-se a uma mudança no paradigma terapêutico, substituindo-se a escassez de opções terapêuticas, por uma panóplia diversa de opções que desafiam a escolha dos clínicos.

### **Tuberculose: evolução dos métodos de diagnóstico**

Isabel Carvalho, Programa Nacional para a Tuberculose

---

A tuberculose na criança representa a transmissão recente do *Mycobacterium tuberculosis* constituindo um indicador da eficácia de controlo da doença na comunidade. O risco de infeção mesmo se exposição de curta duração (15 a 20 minutos) e a dificuldade na resposta imunológica perante infeção conduzem, especialmente nas crianças mais pequenas, a formas graves e disseminadas da doença.

O diagnóstico de tuberculose na criança é habitualmente um desafio. A clínica inespecífica e insidiosa, associada à dificuldade na obtenção de amostras e confirmação microbiológica, conduzem a diagnósticos tardios e conseqüente aumento das formas grave, morbidade e mortalidade.

A metodologia diagnóstica mantém como pilar fundamental a história clínica, a qual frequentemente fornece elementos orientadores na suspeição da doença e que geram o alerta e ditam a persuasão diagnóstica e decisão terapêutica.

As técnicas laboratoriais e imagiológicas sofreram ao longo dos anos uma evolução sustentada na busca de técnicas rápidas e assertivas na confirmação da doença.

A imagiologia que mantém a radiografia de tórax como *Gold-standard* na abordagem inicial foi progressivamente complementada com exames mais específicos que devem ser guiados pelo grau de suspeição.

As técnicas laboratoriais sofreram também mudanças significativas com a diferenciação das técnicas moleculares, apostando no diagnóstico rápido e na identificação precoce de resistências aos antibacilares.

As técnicas mais sensíveis permitiram sem dúvida, um avanço na tuberculose. No entanto, o diagnóstico na criança exige ainda um pensamento organizado e determinado, contemplando as várias pistas diagnósticas na decisão de instituição do tratamento. A prevenção torna-se assim, a peça fundamental na redução da incidência da doença ao evitar o aparecimento de futuros novos casos especialmente nos grupos de maior risco.

## **Novos métodos de tratamento e assistência em pneumologia pediátrica**

Miguel Félix, CHUC-HPC

---

Dada a elevada prevalência da patologia respiratória em idade pediátrica, é muitas vezes difícil estabelecer limites entre o âmbito da pediatria geral e da pneumologia pediátrica. A tendência mais consensual tem definido que a pneumologia pediátrica tem como principal campo de atuação, de forma lata, as patologias mais raras, complexas e/ou graves, quer do ponto de vista de diagnóstico quer do seguimento e tratamento. Apenas alguns exemplos, entre muitas outros, são as doenças pulmonares mais graves e complexas, incluindo a displasia broncopulmonar, as bronquiolites obliterantes e outras sequelas de pneumonias víricas, as doenças do interstício pulmonar, as patologias malformativas e sindrómicas com envolvimento predominante do

pulmão e das vias aéreas, as doenças supurativas broncopulmonares crónicas, a fibrose quística e as patologias que condicionam insuficiência respiratória crónica, como várias doenças neuromusculares. A pneumologia pediátrica é ainda uma área de técnicas, como a broncofibroscopia, as técnicas de assistência ventilatória não invasivas e de assistência à desobstrução brônquica, entre outras.

Neste contexto, não surpreende que muito do desenvolvimento de recursos de diagnóstico, tratamento e assistência nesta área, ao longo dos últimos anos, se tenha feito sentir especialmente no aperfeiçoamento de equipamentos e técnicas de cuidados respiratórios domiciliários e hospitalares, incluindo ventilação não invasiva, assistência mecânica à tosse, aerosolterapia, equipamentos de broncofibroscopia, exploração funcional respiratória e de estudo do envolvimento respiratório no sono, entre outras.

No entanto, e até mais que nos aspetos tecnológicos e sofisticação crescente dos equipamentos, é provavelmente no desenvolvimento e aperfeiçoamento crescentes dos aspetos organizativos assistenciais que se têm verificado as modificações conducentes a uma maior eficácia e melhoria dos cuidados ao paciente típico da pneumologia pediátrica. Estes doentes, frequentemente graves, complexos, crónicos, com envolvimento patológico multifatorial, são os que mais têm beneficiado destas melhorias a nível da assistência.

De facto, a existência de redes de referência, oficializadas e formalizadas ou não, com fluxo multidirecional de informação, de orientações, de discussões diagnósticas e terapêuticas, que se têm vindo a consolidar ao longo dos anos, tem sido uma componente fundamental destes cuidados. Da mesma forma, a crescente organização dos cuidados respiratórios domiciliários, com melhoria do envolvimento das empresas prestadoras, tem permitido progressivamente a evolução, do simples fornecimento de cuidados para programas cada vez mais dedicados de avaliação e intervenção domiciliária, em colaboração estreita com os profissionais de saúde.

Para terminar, e como desafio e perspetiva de evolução futura, cremos que se impõe uma revisão profunda do modelo conceptual de assistência em ambulatório hospitalar destes pacientes. O atual modelo, centrado na consulta externa como um conceito de “produção hospitalar” com agendamentos mais ou menos rígidos, em que frequentemente o doente vem ao hospital não quando precisa mas quando a agenda do médico o dita, necessita ser questionado, colocado em causa e revisto no sentido de evoluir para uma forma de assistência muito mais centrada no paciente, dedicada às suas necessidades, adaptável à variabilidade inter-individual, muito mais flexível e adaptável.

## **Papel dos métodos moleculares de diagnóstico nas doenças infecciosas**

Ana Brett, CHUC-HPC

---

Os métodos moleculares de diagnóstico no contexto de doenças infecciosas pretendem facilitar o diagnóstico etiológico de um agente infeccioso a partir da sua deteção por *polymerase chain reaction* (PCR).

Os testes moleculares mais antigos, habitualmente específicos para um ou dois agentes, exigem técnicos especializados e várias horas processamento. Para facilitar o diagnóstico etiológico no dia a dia, surgiram os testes sindrómicos específicos para diferentes tipos de infeção, que incluem múltiplos agentes num só *kit*. Não necessitam de técnica especializada na sua execução, sendo o tempo de processamento atualmente inferior a uma hora. Estes últimos têm-se tornado cada vez mais disponíveis e atrativos para a prática clínica, embora em muitas situações ainda só estejam disponíveis os testes tradicionais.

Os métodos moleculares têm elevada sensibilidade e especificidade, podendo ser utilizados numa variedade de infeções, quer respiratórias, gastrintestinais, do SNC, da corrente sanguínea ou outras. Vão ter impacto no diagnóstico, na epidemiologia, no controlo de surtos, no isolamento e medidas de controlo de infeção, na redução do número de exames complementares de diagnóstico bem como no tempo de internamento, na otimização do tratamento (antibióticos, antivirais) e na redução na prescrição, sem indicação, de antibióticos. Como limitações, salienta-se a possibilidade de resultados falsos positivos difíceis de interpretar e adequar ao doente, bem como a ausência de antibiograma quando é identificado um agente bacteriano. O custo também é mais elevado que outros exames de diagnóstico. No entanto, tem-se demonstrado que quando adequadamente utilizados, são exames custo-efetivos pelo impacto que têm nos cuidados ao doente.

São métodos de diagnóstico muito úteis, contudo a clínica é fundamental e o seu uso deve ser criterioso. São um grande avanço na capacidade de diagnóstico de infeções e contribuem para a melhoria dos cuidados em saúde.

## **Antibioterapia no século XXI**

Fernanda Rodrigues, CHUC-HPC

---

As resistências aos antimicrobianos são um enorme problema à escala global e a prescrição inadequada destes fármacos é um dos fatores determinantes para tal, no qual podemos e devemos ter uma intervenção.

Quando estamos a observar uma criança com uma infeção, teremos que decidir se a etiologia é mais provavelmente vírica ou bacteriana e neste último caso se necessita de antibiótico ou não. A urgência da instituição de tratamento depende da gravidade e do prognóstico da infeção em causa. A escolha deverá recair num antibiótico que tenha atividade contra a bactéria mais provavelmente envolvida, com o menor espectro possível, que seja bem tolerado, com poucos efeitos secundários, de baixo custo, nas doses corretas e durante o tempo adequado, ajustado às resistências locais/nacionais. A percentagem de bactérias que deve ser suscetível ao antibiótico de primeira linha depende da gravidade e do prognóstico da infeção em causa. Outro aspeto importante é informar os pais sobre curso habitual da doença e a necessidade de reavaliação se esta se desviar do esperado.

Para a utilização adequada de antimicrobianos são fundamentais a formação dos profissionais de saúde e do público, a publicação e atualização regular de normas de orientação clínica e a ação dos grupos de coordenação das resistências aos antimicrobianos. Deverá também ser feita vigilância epidemiológica e do consumo de antimicrobianos. Outro aspeto fundamental é a vacinação e a implementação de medidas de controlo de infeção.

Para continuarmos a ter antibióticos que tratem as infeções, é necessário e podemos prescrever menos e melhor!

## **Pediatria, um encontro de gerações: visitar o passado, olhar o futuro**

Jorge Saraiva, CHUC-HPC

---

Num futuro próximo o número de crianças no planeta manter-se-á constante e em Portugal continuará a diminuir.

O desenvolvimento dos rastreios préconcepcionais e pré-natais, laboratoriais e imagiológicos, originará uma redução acentuada das situações graves não tratáveis. Os pediatras participarão na prestação de cuidados de saúde cada vez mais no âmbito de centros de referência na

supervisão das intervenções terapêuticas de início tendencialmente pré-natal. Um exemplo a curto prazo será a criança com atrofia muscular-espinhal que foi submetida a terapia génica in utero. As infeções serão também cada vez menos frequentes pela utilização crescente de vacinas.

Mas as crianças portuguesas terão tendencialmente pais menos novos e serão criadas com frequência crescente em famílias não tradicionais. A exposição in utero ao etanol continuará a ocorrer, bem assim como ao tabagismo em pré e pós-natal. Poderá ou não haver um aumento da prevalência do excesso de peso, obesidade e perturbação do comportamento e as doenças auto-imunes terão uma prevalência crescente.

O papel dos prestadores de cuidados de saúde terá menos sobreposição e duplicação. A grande maioria das crianças será acompanhada em ambulatório por equipas de profissionais de saúde que assegurarão também a avaliação da doença aguda não grave. As crianças com doença aguda grave ou doenças crónicas complexas serão integralmente da responsabilidade de equipas hospitalares. E todas serão avaliadas e financiadas por indicadores de resultados: os primeiros pelo sucesso na prevenção, no tratamento da doença aguda não grave e no controlo da doença crónica frequente e não complicada. Os segundos pela qualidade de vida dos doentes com situação complexas e dos seus familiares e cuidadores.



# COMUNICAÇÕES

## LIVRES

## **Investigação Etiológica de Causa Genética na Perturbação do Espectro do Autismo**

Carla Fernandes<sup>1</sup>, Francisca Cardoso<sup>1</sup>, Caroline Lopes<sup>1</sup>, Ester Pereira<sup>1</sup>, Margarida Henriques<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

---

**Introdução:** Na investigação etiológica da perturbação do espectro de autismo (PEA), o *American College of Medical Genetics and Genomics* recomenda a realização de microarray em todos os casos, estudo molecular do síndrome X-Frágil nos rapazes e estudo genético específico em casos particulares.

**Objetivos:** 1. caracterização da investigação etiológica de causa genética na PEA, efetuada no Centro Hospitalar de Leiria (CHL) e 2. determinação de fatores que se relacionam com a identificação de etiologia de causa genética na PEA.

**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, com componente analítica, baseado na consulta dos registos informáticos (programa SClínico Hospitalar<sup>®</sup>) das crianças e adolescentes com diagnóstico de PEA, seguidos nas consultas de Desenvolvimento e Pediatria Escolar do CHL, entre novembro de 2017 e outubro de 2018. Foram analisadas as variáveis: idade, sexo, idade na primeira consulta, antecedentes familiares, exame objetivo, avaliação cognitiva, investigação etiológica de causa genética e diagnóstico etiológico de causa genética. A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS<sup>®</sup>v23 (nível de significância 0.05).

**Resultados:** Identificaram-se 99 crianças e adolescentes com PEA, sendo 83% do sexo masculino. A mediana da idade na primeira consulta foi 3,1 anos. Tinham défice intelectual acompanhante 37%. Da investigação etiológica de causa genética efetuada no CHL: 30 realizaram microarray, sendo que 50% tinha alterações (alterações patogénicas 20%); 29 realizaram estudo molecular do síndrome X-Frágil (alterado 1 caso); 2 realizaram sequenciação do gene MECP2 (alterado 1 caso) e 1 realizou sequenciação do gene PTEN. Foram observados em consulta de Genética Médica 41%. Do total de 99 crianças e adolescentes com PEA têm diagnóstico etiológico de causa genética 14%.

A identificação de alterações patogénicas no microarray relacionou-se com a existência de antecedentes familiares relevantes, nomeadamente de PEA ( $p=0.036$ ), e a identificação de etiologia de causa genética relacionou-se com a presença de défice intelectual acompanhante ( $p=0.005$ ).

**Conclusões:** A rentabilidade do microarray na PEA foi de 20%, superior ao que está descrito na literatura. No entanto, do total de 99 crianças e adolescentes com PEA, têm etiologia de causa genética identificada apenas 14%, o que pode estar relacionado com a heterogeneidade na abordagem da investigação etiológica. Realça-se a importância da sua realização de forma

sistemática, de forma a adequar a vigilância, determinar um prognóstico mais fiável, permitir o aconselhamento genético e otimizar recursos.

### **Avaliação do Neurodesenvolvimento do Prematuro de Extremo Baixo Peso – Experiência da Consulta de Risco Biológico 2010-2018**

Flávia Belinha<sup>1</sup>, Inês Nunes Vicente<sup>2</sup>, Carla Marques<sup>2</sup>, Alexandra Oliveira<sup>2</sup>, Teresa Mota Castelo<sup>2</sup>, Guiomar Oliveira<sup>2</sup>

1 Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E., 2 Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo (UNDA), Centro de Desenvolvimento da Criança, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E.

---

**Objetivo:** Caracterizar o neurodesenvolvimento das crianças prematuras com extremo baixo peso ao nascimento (EBPN), seguidas na Consulta de Risco Biológico (CRB).

**Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos das crianças prematuras com EBPN, seguidas na CRB desde 2010, após implementação do protocolo de seguimento longitudinal estabelecido pela Sociedade Portuguesa de Neurodesenvolvimento em conjunto com as maternidades centrais da Região Centro. Através da consulta da base de dados da UNDA e do SClínico, foram colhidos dados referentes ao PN, idade gestacional (IG), género, idade atual, avaliação formal do nível de desenvolvimento/intelectual, sequelas major, apoios terapêuticos e/ou educacionais. Para a avaliação formal do desenvolvimento recorreu-se às escalas de Desenvolvimento de Ruth Griffiths e de Wechsler.

**Resultados:** A amostra incluiu 98 casos, sendo 54% do sexo masculino. A mediana de IG foi 27 semanas e 31% tiveram micro peso ao nascimento. A avaliação formal do nível de desenvolvimento /intelectual foi realizada em 90% dos casos (Anexo A). Em 22% dos casos obteve-se um Quociente de Desenvolvimento Global/Quociente de Inteligência de Escala completa entre  $\geq 70$  e  $< 85$ . Foram identificadas sequelas major do desenvolvimento em 55% das crianças: paralisia cerebral (n=5), atraso global do desenvolvimento/perturbação do desenvolvimento intelectual (n=11), surdez neurosensorial (n=10), retinopatia da prematuridade (de grau I a IV, n=27). O diagnóstico de perturbação do espectro do autismo foi estabelecido em 3% dos casos. Beneficiam de apoios terapêuticos e/ou educacionais 53% das crianças.

Conclusão: Para além das sequelas major, realça-se a elevada taxa (34%) de crianças com nível de desenvolvimento/intelectual inferior a 85, com a repercussão que este indicador vai ter na capacidade adaptativa futura. É fundamental promover o acompanhamento especializado e multidisciplinar desta população de um modo longitudinal e protocolado, a fim de assegurar o diagnóstico e intervenção atempados das possíveis perturbações do neurodesenvolvimento.

Anexo A - Última Avaliação do Nível de Desenvolvimento /Intelectual

<b>Escala de Ruth Griffiths (n=69)</b>	<b>WPPSI-R / WISC-III (n=19)</b>
<b>Idade média</b> 47,9meses; <b>mediana</b> 44meses; <b>mín</b> 24meses; <b>máx</b> 125meses	<b>Idade média</b> 94,8meses; <b>mediana</b> 97meses; <b>mín</b> 65meses; <b>máx</b> 138meses
<b>QD Global</b> média 89,7; mediana 93; mín 28; máx 127	<b>QI Escala Completa</b> média 90,5; mediana 91; mín 68; máx 117
<b>QD Linguagem</b> média 86,9; mediana 91; mín 12; máx 139	<b>QI Verbal</b> média 93,2; mediana 97; mín 65; máx 126
<b>QD Realização</b> média 89,4; mediana 88; mín 19; máx 137	<b>QI Realização</b> média 32,3; mediana 93; mín 63; máx 123

Legenda: WPPSI-R – Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence; WISC-III – Wechsler Intelligence Scale for Children III; QD – Quociente de Desenvolvimento; QI – Quociente de Inteligência.

### **Que grande dor de cabeça! – Estudo de cefaleias numa população pediátrica**

Ana Sofia Esteireiro<sup>1,2</sup>, Pedro Barradas<sup>2,3</sup>, Catarina Abreu Amaro<sup>2,4</sup>, Mónica Vasconcelos<sup>2</sup>, Isabel Fineza<sup>2</sup>, Filipe Palavra<sup>2,5</sup>

1 Serviço de Pediatria, Unidade de Caldas da Rainha, Centro Hospitalar do Oeste; 2 Centro de Desenvolvimento da Criança – Neuropediatria, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 Serviço de Neurorradiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 4 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar da Cova da Beira; 5 Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A cefaleia é um sintoma frequente em idade pediátrica, à qual se associa morbilidade considerável. Em casos mais raros, pode ser uma manifestação de patologia grave.

Objetivos: Caracterização demográfica e clínica dos indivíduos seguidos em consulta de Neurologia Pediátrica por cefaleia, num período de 6 meses. Avaliação da investigação complementar realizada e da resposta à terapêutica implementada.

Métodos: Estudo retrospectivo, por consulta de processos clínicos dos indivíduos acompanhados no primeiro semestre de 2018.

Resultados: Durante o período analisado, foram observados 1084 indivíduos em consulta, 32.5% dos quais por cefaleia. Predominou o género feminino (62.0%), sendo a média de idades de 13 anos. A cefaleia primária contribuiu para 88.4% dos diagnósticos, contabilizando 5.9% a secundária e os restantes 5.7% apresentavam características mistas. No caso das cefaleias primárias, a enxaqueca foi a mais frequente (58.3%) associada sobretudo a sintomas como fotofobia (81.3%), fonofobia (72.5%) e náusea (69.8%). A localização unilateral da dor, o carácter pulsátil e a duração superior a 4 horas ocorreram apenas em 29.7%, 52.8% e 6.6% dos casos, respetivamente. Nestes doentes havia história familiar em 62.6% dos casos, principalmente materna (66.7%). Houve necessidade de terapêutica profilática em 48.0% destes doentes, com resposta favorável na maioria. Das cefaleias secundárias destacam-se as resultantes de patologia psiquiátrica (38.1%). Foram solicitados exames complementares de diagnóstico (ECD) em 50.7% do total de doentes considerando-se, contudo, não existirem critérios para a sua realização em 49.7% dos casos. Tiveram alta da consulta 22.6% dos doentes.

Conclusões: As cefaleias representaram aproximadamente 1/3 da patologia observada na consulta, durante o período analisado. De forma similar ao observado por outros autores, a enxaqueca foi, no nosso estudo, o tipo de cefaleia mais frequente. Este sintoma é frequentemente responsável por ansiedade no doente, família e equipa médica, uma vez que poderá constituir a manifestação de múltiplas patologias. Destaca-se a importância da realização de uma anamnese exaustiva, exame objetivo completo e da escolha criteriosa de ECD. Em alguns casos, fatores desencadeantes tais como a ansiedade/stress e a privação de sono podem ser modulados preventivamente.

### **Janela Aortopulmonar – um diagnóstico a não esquecer!**

Susana Alexandre<sup>1</sup>, Raquel Carreira<sup>1</sup>, Zulmira Abdula<sup>1</sup>, Ana Rita Constante<sup>1</sup>, Inês Gomes<sup>2</sup>, Petra Loureiro<sup>2</sup>, Fátima Pinto<sup>2</sup>, Rui Rodrigues<sup>3</sup>, Anabela Bicho<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha; 2 Assistente hospitalar de Cardiologia Pediátrica – Serviço Cardiologia Pediátrica; 3 Serviço de Cirurgia Cardíaca

---

Introdução: A janela aortopulmonar (JAP) é uma cardiopatia congénita rara, que representa aproximadamente 0,2% de todas as malformações cardíacas congénitas. Resulta da comunicação entre a aorta ascendente e a artéria pulmonar, condicionando um shunt esquerdo-direito com progressiva disfunção ventricular esquerda e insuficiência cardíaca congestiva. A JAP

pode apresentar-se como defeito isolado, mas em mais de 50% dos casos associa-se a outros defeitos cardíacos estruturais.

Descrição de Caso: Recém-nascido do sexo feminino, de termo, sem intercorrências durante a gestação. Parto hospitalar, eutócico, com peso ao nascer 2645 g e IA 9/10. Apresentou-se na Consulta Pós-Natal ao 8º dia de vida com boa progressão ponderal sob aleitamento materno e fórmula infantil, mas noção de cansaço nas mamadas e hipersudorese cefálica. Verificou-se taquipneia (82cpm), apex hiperdinâmico e ritmo galope na auscultação, sem hepatomegália. Por suspeita de cardiopatia congénita, foi transferido para o Hospital Santa Marta. Realizou ecocardiograma transtorácico (ETT) diagnosticando-se JAP com 6mm com fluxo bidirecional, insuficiência tricúspide ligeira e mitral ligeira-moderada e FOP/CIA-OS com shunt E-D.

Intervenção cirúrgica ao 11º dia de vida para encerramento da JAP com técnica de patch de pericárdio bovino. Ecocardiograma pós cirurgia revelou regurgitação mitral e tricúspide ligeiras. Reavaliada em consulta pelo 1º mês de vida, mantendo boa progressão ponderal, sem polipneia ou hipersudorese.

Conclusões: A JAP apresenta-se habitualmente numa fase precoce da vida com manifestações clínicas de insuficiência cardíaca congestiva. O seu diagnóstico atempado é essencial, possibilitando a reparação da JAP precocemente e evitando assim o desenvolvimento de insuficiência cardíaca e hipertensão pulmonar irreversível.

### **Uma tosse que não passa! – a propósito de um caso clínico**

Ana Sofia Esteireiro<sup>1,2</sup>, Fabiola Guerrero Alzola<sup>2</sup>, José Casas Rivero<sup>2</sup>, María Angustias Salmerón Ruíz<sup>2</sup>

1 Serviço de Pediatria, Unidade de Caldas da Rainha, Centro Hospitalar do Oeste; 2 Unidad de Adolescencia del Hospital Universitario La Paz de Madrid

---

Introdução: A tosse é um sintoma frequente em idade pediátrica e um dos principais motivos de consulta em pediatria e/ou pneumologia.

Descrição: Adolescente de 15 anos, sexo masculino, enviado à consulta por quadro de tosse diária com dois meses de evolução, após infeção da via aérea superior. A tosse era seca, rítmica, contínua, por vezes laringotraqueal, ocorrendo durante o dia e com agravamento à noite. Múltiplos despertares noturnos, com repercussão na vida diária pessoal (astenia, sono, cefaleia e absentismo escolar) e familiar. Sem perda de peso significativa, embora apresentasse alguns padrões de ortorexia. Surgimento de enfisema pulmonar intersticial e pneumomediastino, de

resolução espontânea e sem repercussão clínica. Dos antecedentes pessoais salienta-se rasgos de personalidade obsessiva, narcisista e perfeccionista. Apresenta também antecedentes de tics motores, após um problema familiar, que cessaram com pimozida. A nível familiar destaca-se mãe com polineuropatia autoimune e pai com seminoma. Sem alterações de relevo ao exame objetivo. Foram realizados múltiplos exames complementares de diagnóstico, descartando-se asma, refluxo gastro-esofágico, défice de alfa 1 antitripsina, infeção bacteriana, tumor, entre outras patologias. As terapêuticas inicialmente instituídas mostraram-se ineficazes (azitromicina, amoxicilina e ácido clavulânico, codeína, dextrometorfano, salbutamol e budesonida nebulizados, clorazepato dipotássico, lorazepam, pimozida, entre outros). Os diagnósticos diferenciais colocados foram transtorno de tics versus transtorno conversivo. Foi realizada prova terapêutica com gabapentina, risperidona e também com guanfacina, sem eficácia. Pelos rasgos obsessivos medicou-se com sertralina. Inicia psicoterapia e, após 2 meses, a tosse cessa espontaneamente (evolução total de 8 meses). Posteriormente inicia também seguimento em psiquiatria.

Conclusões: A tosse crónica é um distúrbio frequente e de difícil diagnóstico. Nos pacientes com tosse persistente sem causa definida, devem ser avaliados problemas psicossociais tais como a ansiedade, depressão e violência doméstica, uma vez que podem estar associados a doenças de somatização. O surgimento de sintomas noturnos não descarta o diagnóstico de tosse psicogénica. Em pacientes pediátricos com algum indício de problemas psicossociais importantes, o aconselhamento psicológico e o tratamento psiquiátrico devem ser estimulados, após exclusão das restantes causas de tosse crónica.

### **Estratégia de vacinação seletiva com BCG - estamos a identificar todas as crianças elegíveis?**

Zulmira K. Abdula<sup>1</sup>, Ana Rita Constante<sup>1</sup>, Susana Alexandre<sup>1</sup>, Raquel Carreira<sup>1</sup>, Alcina Sousa<sup>2</sup>, Luísa Preto<sup>1</sup>, Catarina Gomes<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Oeste – Unidade das Caldas da Rainha; 2 Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar do Oeste – Unidade das Caldas da Rainha

---

Introdução: Entre as estratégias de controlo da tuberculose na comunidade inclui-se a vacinação com a Bacille Calmette-Guérin (BCG). Em Portugal, desde Janeiro de 2017 foi adoptada a vacinação seletiva, cuja eficácia depende da existência de um sistema de vigilância preciso e da

identificação cuidadosa dos grupos de risco. Objectivo: Avaliar a implementação da norma de orientação sobre a vacinação com a BCG na área de influência do CHO-CR. Métodos: Estudo retrospectivo de coorte das crianças nascidas no CHO-CR entre Janeiro de 2017 e Junho de 2018. Obteve-se uma amostra por conveniência através da seleção do primeiro recém-nascido de cada dia e realizaram-se inquéritos telefónicos aos pais, baseados na Norma de Orientação Clínica (NOC). Análise estatística usando o IBM SPSS Statistics 24<sup>®</sup>. Resultados: Obtivemos um total de 256 crianças, 134 (52,3%) do sexo feminino. Aplicando os critérios da NOC identificámos 55 crianças elegíveis para vacinação (21,5%), a maioria (70,2%) por terem um cohabitante ou convivente em país de risco. Destas crianças, 20 (36,4%) não foram identificadas como elegíveis na maternidade, 8 das quais com cohabitante ou convivente proveniente do Brasil, que só posteriormente foi incluído. Metade dos pais (128) refere que o questionário não foi realizado ou foi incompleto. A maioria das crianças foi vacinada entre a primeira semana e o primeiro mês de vida (52,6%).

Conclusões: Identificámos um grande número de crianças elegíveis não referenciadas. Desde a mudança da estratégia de vacinação, assistiu-se a um aumento do número de casos de tuberculose grave em crianças pequenas. Torna-se, portanto, imperiosa a revisão periódica e sistemática desta indicação a todas as crianças até aos 6 anos de vida, nomeadamente sempre que recorrem às instituições de saúde.

### **Um caso de anemia sideropénica – revisitando uma causa pouco frequente**

Raquel Penteado<sup>1</sup>, Mariana Flórido<sup>2</sup>, Nádia Brito<sup>2</sup>, Lourdes Mota<sup>2</sup>, Gabriela Duque<sup>3</sup>, Agostinho Fernandes<sup>2</sup>  
1 Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2 Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz, 3 Serviço de Gastroenterologia, Hospital Distrital da Figueira da Foz

Introdução: A anemia sideropénica constitui uma entidade frequente em pediatria. A sua etiologia é variada, indo desde défice de aporte, perdas, alteração de absorção, entre outras.

Caso clínico: Os autores apresentam um caso de um adolescente de 17 anos enviado ao Serviço de Urgência (SU) por astenia no último mês, sem perda ponderal, sem dor abdominal, sem diarreia ou vómitos; e analiticamente com anemia microcítica e hipocrómica (Hg 8,7 g/dL, VGM 54 fL, HGM 19,8 g/dL, ferritina 2,6 ng/mL). Destacam-se nos seus antecedentes: patologia psiquiátrica com comportamentos auto-lesivos (CAL) graves, ideação suicida e consumo pontual



de canabinóides; alimentação com erros e parcialmente restritiva. No EO no SU: a destacar palidez e cicatrizes antigas de CAL.

No controlo analítico após 3 semanas de terapêutica com ferro, mantinha valor de hemoglobina sobreponível, pelo que foi efectuada avaliação adicional e orientado para consulta de Adolescentes.

Posteriormente por aparecimento de dor abdominal e vômitos repetidos, é pedida endoscopia digestiva alta que revela hérnia do hiato e esofagite, com pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa. Inicia terapêutica com esomeprazol.

No controlo após 1 mês, já em recuperação de anemia (Hg 10,3 g/dL) e melhoria dos sintomas, foi orientado para consulta de Gastroenterologia.

Comentários: A hérnia do hiato é rara em idade pediátrica. Os sintomas mais comuns são a pirose e regurgitação, sendo conhecida a sua associação a anemia sideropénica.

Este caso mostrou-se um desafio pelos sintomas inespecíficos iniciais e pelos antecedentes do adolescente, que incluíam alimentação restritiva e perdas devido a CAL. Pretende-se reforçar a importância de valorizar sintomas que surgem de novo, e a necessidade de avaliar a causa subjacente perante uma fraca resposta da terapêutica com ferro.

### **Caso clínico: Ansiedade e adolescência – que etiologia?**

Raquel Penteado<sup>1</sup>, Mariana Flórido<sup>2</sup>, Nádía Brito<sup>2</sup>, Lurdes Moura<sup>2</sup>, Agostinho Fernandes<sup>2</sup>

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

---

Introdução: As perturbações de ansiedade são frequentes na adolescência, período conhecido pelas suas manifestações biopsicossociais.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma adolescente já seguida em consulta desde os 15 anos por ansiedade, dismenorreia e hipertricose. Antecedentes pessoais de rinite alérgica e tremor essencial. Medicada com propanolol e contraceptivo oral (após realização de exames complementares de diagnóstico sem alterações), posteriormente medicada com topiramato, amitriptilina e valeriana.

Na consulta aos 17 anos e 9 meses, foi referido agravamento marcado de ansiedade, tremor, aparecimento de palpitações rápidas e persistentes e constatado aumento ponderal marcado. No EO: FC 94 bpm, TA no P95-99, sudorética, sem outras alterações. Foi realizada investigação

alargada, nomeadamente doseamentos hormonais e rastreio de tumor neuroendócrino, ECG e ecocardiograma.

Na consulta subsequente, mantém os mesmos sintomas e é observado bócio, sem outras alterações. A avaliação analítica mostrou TSH < 0,008 mU/, T4L 3,1 ng/dL, T3 L 11,4 UI/mL e TRABS 3,3 U/L. É feito diagnóstico de hipertireoidismo por doença de Graves, sendo atualmente seguida em consulta de Endocrinologia com boa evolução clínica.

Comentários: Apesar de na adolescência predominarem as perturbações de humor e ansiedade, é necessário manter elevado índice de suspeição para outras patologias como as endocrinopatias. O hipertireoidismo é pouco frequente e as suas manifestações podem ser subtis, de salientar que a doença de Graves é responsável por 95% destes casos. Os autores destacam este caso pela dificuldade no diagnóstico tendo em conta os antecedentes de tremor e ansiedade e pela necessidade de valorizar novos achados na clínica.

### **Uma série de casos de imunodeficiência primária humoral**

Carina Cardoso<sup>1</sup>, Bárbara Figueirero<sup>2</sup>, Paula Lyra<sup>3</sup>

1 Interna de Pediatria, Hospital de Cascais; 2 Interna de Pediatria, Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira, Recife (Brasil); 3 Assistente Hospitalar de Pediatria, Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira, Recife (Brasil)

---

Introdução: A desregulação imune presente nas imunodeficiências primárias humorais parece conduzir aos mecanismos responsáveis pela sintomatologia gastrointestinal observada nos doentes afetados. A morbimortalidade associada justifica o seguimento apertado destes doentes.

Descrição dos casos: Apresentamos 3 doentes, 10, 12 e 40 anos, com antecedentes de diarreia crónica e infeções respiratórias de repetição. A todos os doentes foi diagnosticada imunodeficiência primária (IDP) humoral e dos resultados obtidos pelo exame histopatológico de vários segmentos intestinais salienta-se doença celíaca-like pela evidência de duodenite crónica com atrofia vilositária e linfocitose intraepitelial. A terapêutica transversal aos três doentes foi a imunoglobulina endovenosa e a evolução clínica foi variável. Caso 1: história pessoal de má progressão ponderal e parasitose por *Cryptosporidium* e *Giardia lamblia*. Diagnóstico de síndrome de Hiper IgM associado a défice de IgG. Caso 2: antecedente de abscesso esplénico. Pais consanguíneos e irmã falecida por infeção bacteriana grave. Diagnóstico de

imunodeficiência comum (IDCV) variável e défice de CD19. Caso 3: Diagnóstico de IDCV na adolescência, com seguimento irregular, verificando-se deterioração clínica progressiva. Nos casos 1 e 2 verificou-se uma evolução favorável, ao caso 3 foi diagnosticado aos 37 anos um carcinoma gástrico estadio Tis N0 Mx, tendo sido submetido a gastrectomia total.

Discussão/conclusão: Os sintomas de foro gastrointestinal podem ser manifestação de IDP humorais e devem motivar suspeição clínica, quando refratários à terapêutica habitual. O prognóstico do doente com IDP é variável e a incidência de neoplasias do trato digestivo não é desprezível, tornando a vigilância endoscópica periódica imprescindível.

### **Patologias da Adolescência – Uma Nunca Vem Só**

Mariana Flório<sup>1</sup>, Raquel Penteado<sup>2</sup>, Gabriela Duque<sup>3</sup>, Nádia Brito<sup>1</sup>, Agostinho Fernandes<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria, Hospital Distrital da Figueira da Foz, 2 Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 3 Serviço de Gastroenterologia, Hospital Distrital da Figueira da Foz

---

Introdução: A adolescência constitui um desafio na Pediatria por representar a zona cinzenta onde as patologias da criança e o adulto se fundem, pelas rápidas alterações a nível bio-psico-social, onde a doença orgânica e mental é muitas vezes subdiagnosticada.

Descrição de Caso Clínico: Adolescente de 17 anos, do género feminino, já seguida previamente em consulta multidisciplinar por perturbação comportamento alimentar do tipo restritivo, melhorada, recorre à consulta por astenia desde há 2 meses. É descrita dor abdominal tipo cólica, difusa, com dejeções pastosas alternadas com fezes endurecidas, por vezes com sangue, sem febre, anorexia, vómitos, dismorfofobia, comportamentos purgativos ou restritivos. Na consulta é constatada perda de 6% do peso corporal e à observação um fácies apático, com palidez muco-cutânea, assim como fissura anal. É realizada avaliação analítica com anemia normocítica normocrómica, Hb de 10.1g/dL e VGM de 87 fl; VS de 87mm/1h, pesquisa de leucócitos e sangue oculto nas fezes positivos. Na avaliação subsequente, apresenta melhoria marcada da astenia, fezes sem sangue ou muco nas últimas duas semanas, sem diarreia ou obstipação. Por suspeita de doença inflamatória intestinal é realizada colonoscopia, que revela pancolite crónica com actividade moderada, compatível com o diagnóstico de colite ulcerosa. É iniciada messalazina e ferro, com seguimento em consulta de gastroenterologia, resolução sintomática e melhoria analítica.

Comentário: Os autores trazem este caso para reforçar a importância do seguimento multidisciplinar e regular numa idade chave como a adolescência, em que a patologia orgânica pode ser subvalorizada face às questões de saúde mental. A relação de confiança mútua criada em consulta contribuiu para um elevado índice de suspeição num contexto de clínica relativamente fruste, o que permitiu diagnóstico e orientação terapêutica atempada.

### **Miopericardite como causa de dor torácica aguda no adolescente**

Mariana Barros<sup>1</sup>, Joana Antunes<sup>1</sup>, Susana Almeida<sup>1</sup>, Sofia Moura Antunes<sup>1</sup>, Ana Mafalda Martins<sup>1</sup>, Rui Anjos<sup>2</sup>

1 Unidade Funcional de Pediatria, Departamento da Criança, Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida

2 Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

---

Introdução: A dor torácica aguda é um motivo frequente de recurso ao serviço de urgência em Pediatria, sobretudo no adolescente, habitualmente em contexto de infeção viral ou traumática. A patologia cardíaca, embora pouco frequente, deve ser excluída, não só para tranquilização do doente e familiares, mas sobretudo pela potencial gravidade, com necessidade de intervenção atempada. Apesar de nem sempre ter uma apresentação clínica típica, as alterações eletrocardiográficas, associadas à elevação de biomarcadores cardíacos, permitem um diagnóstico presuntivo de miopericardite e uma orientação adequada.

Casos Clínicos: Apresentam-se quatro casos clínicos de adolescentes, sem história de doença cardíaca prévia, com queixas de dor torácica precordial. Sem uso de drogas ilícitas. Na admissão, encontravam-se apiréticos, hemodinamicamente estáveis, normotensos, com auscultação cardiopulmonar sem alterações. Realizaram radiografia de tórax (sem alterações) e eletrocardiograma (todos com alterações do segmento ST), motivo pelo qual foram pedidas enzimas cardíacas, em todos os casos elevadas (média de valor máximo de troponina I: 22,17 µg/L). Foram internados, observados pela cardiologia pediátrica e iniciaram terapêutica analgésica. Em dois doentes, verificaram-se alterações ecocardiográficas, corroborando o diagnóstico de miopericardite. Num dos doentes com ecocardiograma normal o diagnóstico foi feito por RM cardíaca e no outro, o diagnóstico foi presuntivo, baseado em critérios clínicos e laboratoriais. Houve resolução dos sintomas num período máximo de 5 dias, com um período médio de internamento de 5,25 dias. Todos os doentes tiveram evolução favorável, com normalização das enzimas cardíacas e das alterações ecocardiográficas até ao presente.

Discussão/Conclusão: Os adolescentes com dor torácica e elevação dos marcadores cardíacos representam um desafio, pela ausência de guidelines acerca da avaliação e tratamento adequados. A miopericardite, pela sua frequência, assume um papel de relevo no diagnóstico diferencial destes doentes. O seu diagnóstico definitivo assenta na histologia (não utilizada) ou na RM cardíaca, nem sempre disponível em tempo útil. Como tal, a abordagem dos casos suspeitos assenta inicialmente em critérios clínicos, laboratoriais e alterações eletrocardiográficas e imagiológicas. Pela imprevisível evolução desta condição a longo prazo, salienta-se a importância de uma colaboração estreita com a cardiologia pediátrica, com intenção de identificar precocemente complicações como a insuficiência cardíaca ou a cardiomiopatia dilatada.

### **Um caso difícil de engolir!**

Ana Sofia Esteireiro<sup>1,2</sup>, Fabiola Guerrero Alzola<sup>2</sup>, José Casas Rivero<sup>2</sup>, María Angustias Salmerón Ruíz<sup>2</sup>

1 Serviço de Pediatria, Unidade de Caldas da Rainha, Centro Hospitalar do Oeste; 2 Unidad de Adolescencia del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

---

Introdução: A acalásia é uma doença rara, particularmente em idade pediátrica (0,1/100.000 crianças). Caracteriza-se por aperistaltismo do esófago e inadequado relaxamento do esfíncter esofágico inferior.

Descrição: Adolescente de 13 anos, sexo masculino, enviado à consulta por disfagia desde há 2 anos, possuindo também múltiplas alergias alimentares e tríada atópica. No início do quadro apresentava disfagia a substâncias líquidas/pastosas, sem impactação e sem clínica de refluxo gastro-esofágico. Negava odinofagia, regurgitação noturna, dor abdominal ou outra sintomatologia acompanhante. Foi realizada avaliação analítica, endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia, trânsito gastro-intestinal baritado e fibrolaringoscopia, sem alterações. Agravamento da clínica nos últimos 3 meses, com surgimento de impactação sem dor. Melhoria da sintomatologia após vômito induzido. Não relaciona a sintomatologia com ansiedade e nega distorção da imagem corporal. Realizou uma TC cerebral que foi normal. Clinicamente o quadro manifesta-se como fagofobia, conduzindo ao internamento do adolescente numa unidade de transtorno do comportamento alimentar. Nessa unidade, perante a perda progressiva de peso até um IMC p5 procede-se à reavaliação do caso, diagnosticando-se acalásia durante a

realização de uma nova EDA. Posteriormente realiza-se dilatação esofágica com resolução completa da sintomatologia.

Conclusões: É importante destacar a raridade e o desafio diagnóstico que constituem estes casos. A sintomatologia inespecífica leva frequentemente ao diagnóstico de doença do comportamento alimentar, protelando o tratamento dirigido. Na persistência de sintomas é mandatório considerar a hipótese de acalásia, sendo a manometria esofágica o exame diagnóstico de escolha. O tratamento de eleição é cirúrgico.

### **Prescrição de antibióticos para o ambulatório numa Urgência Pediátrica**

Ana Sofia Simões<sup>1</sup>, Inês Pedrosa<sup>2</sup>, José Robalo<sup>2</sup>, Maria Manuel Zarcos<sup>2</sup>

1 Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Leiria

---

**Introdução e objetivo:** Atualmente, a utilização dos antibióticos orais generalizou-se na prática clínica, pelo que o conhecimento do padrão local de prescrição é fundamental para otimizar o seu uso. Assim, é objetivo deste trabalho caracterizar a prescrição de antibióticos orais num Serviço de Urgência Pediátrica de um hospital de nível II.

**Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, baseado na consulta dos registos informáticos (programa SClínico Hospitalar®) dos episódios de urgência de crianças e adolescentes em que foram prescritos antibióticos orais. Escolheram-se dois dias aleatórios por mês (num total de 24 dias) no período de julho de 2017 a junho de 2018. Foram analisados os seguintes parâmetros: idade, sexo, diagnóstico, investigação realizada, antibiótico prescrito, dose, reobservação médica e motivo. Excluíram-se os doentes internados.

**Resultados:** Foram admitidas 2382 crianças e adolescentes (média de 99/dia) nos 24 dias do estudo e foram prescritos antibióticos em 330 casos com uma média de 14% de antibióticos/dia. A média de idades foi de 5 anos (min: 6 meses, máx: 17 anos). A amoxicilina foi o antimicrobiano mais utilizado (59%), seguido da associação amoxicilina+clavulanato (25%) e do cefuroxime-axetil (6%). A otite média aguda foi o diagnóstico que mais motivou a prescrição de antibióticos (47%), sendo que 83% destas infeções foram medicadas com amoxicilina. A amigdalite aguda foi responsável por 14% das prescrições, e a amoxicilina foi prescrita na quase totalidade dos casos. Verificou-se que 36% das infeções respiratórias inferiores foram tratadas com amoxicilina, e 32% com amoxicilina+clavulanto e macrólidos respetivamente. Todas as infeções do trato urinário

(8%) foram tratadas com amoxicilina+clavulanto ou cefuroxime-axetil. Realizaram-se exames complementares de diagnóstico em 16% dos casos. Recorreram de novo ao Serviço de Urgência 8% dos doentes a maioria por persistência da febre (35%). Foi alterada a antibioterapia em 7 dos casos.

Conclusões: A prescrição de antibióticos orais ocorreu em 14% dos episódios de urgência, o que revela, globalmente, uma conduta adequada e racional comparativamente com alguns estudos internacionais, como do Canadá (39,6%), Israel (19,9%) e Espanha (17%). A amoxicilina foi o antibiótico mais prescrito, o que está de acordo com a maioria das recomendações em idade pediátrica.

### **Que antibiótico prescreveria?**

Inês Afonso Belo<sup>1</sup>, Ana João Mota<sup>1</sup>, Alexandra Luz<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria

---

**Introdução e objetivos:** Os antibióticos são fármacos frequentemente prescritos em Pediatria. Pretendeu-se caracterizar a sua utilização em algumas das patologias mais comuns nesta faixa etária.

**Métodos:** Estudo prospetivo, transversal, com recurso a um inquérito de preenchimento anónimo, acessível através de plataforma online, destinado a médicos a exercer atividade clínica no ambulatório, na área da Pediatria. Análise estatística com SPSS 22® ( $\alpha=0,05$ ).

**Resultados:** Participaram no estudo 251 médicos, 80% do sexo feminino, 62% especialistas e 38% internos de formação específica. Quanto à especialidade, 34% da amostra era de Medicina Geral e Familiar (MGF) e 65% de Pediatria. Dos inquiridos, 34% pertencia ao distrito de Leiria e 34% ao distrito de Lisboa, e 66% exercia funções em ambiente hospitalar.

Perante uma otite média aguda não supurada numa criança de 2 anos, 93% dos profissionais receitaria em primeira linha amoxicilina e 6% optaria pela associação amoxicilina/ácido clavulânico, sendo que neste último caso 71% era de MGF e 29% de Pediatria (Fisher= 0,004).

Para tratar uma pneumonia não complicada de provável etiologia bacteriana numa criança de 3 anos, 4% dos pediatras aconselharia a associação amoxicilina/ácido clavulânico, sendo que a mesma seria prescrita por 30% de MGF ( $p < 0,001$ ).

No tratamento da amigdalite aguda estreptocócica numa criança de 8 anos, 65% dos pediatras prescreveria amoxicilina e 33% penicilina, sendo que em MGF as percentagens seriam

respetivamente 63 e 24%, não se observando diferenças estatisticamente significativas quer por especialidade, quer por anos de prática clínica.

Para tratar uma infeção do trato urinário (ITU) febril numa criança de 18 meses, 58% dos pediatras aconselharia cefuroxima-axetil e 40% amoxicilina/ácido clavulânico, ao passo que, nos MGF, seriam primeira escolha em 32% e 37% dos casos, respetivamente, não tendo estes resultados significado estatístico. É de notar que 6% da optaria pela amoxicilina isoladamente para o tratamento da ITU febril, correspondendo a 15% do total de profissionais de MGF.

Conclusão: Este estudo espelha a variabilidade na prescrição antibiótica pelos diferentes profissionais de saúde, mesmo na existência de normas de orientação clínica para algumas das situações mais frequentes que justificam prescrição de antibiótico no ambulatório em Pediatria. A prescrição inadequada contribui para a resistência aos antibióticos que constitui atualmente um dos problemas mais sérios de saúde pública. Salienta-se a necessidade de reforçar a uniformização de condutas, de acordo com a evidência científica.

### **Vacinação em crianças e adolescentes – a realidade nacional e na região centro**

Patrícia Miranda<sup>1</sup>, Alexandra Luz<sup>1</sup>, Pedro Gaspar<sup>2</sup>, Rui Passadouro<sup>3</sup>, Pascoal Moleiro<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria, EPE; 2 Unidade de Investigação em Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; 3 Unidade de Saúde Pública, ACES Pinhal Litoral

---

Objetivo: Avaliar o grau de conhecimento sobre as falsas contra-indicações à vacinação vigentes no PNV e caracterizar práticas de aconselhamento da vacinação em idade pediátrica a nível nacional e em particular na região centro.

Metodologia: estudo descritivo com componente analítico, aprovado por comissão de ética. Dados colhidos em questionário online anónimo, validado, constituído por questões de resposta por escala tipo diferencial semântico e dicotómicas. Categoria profissional: M (médicos), E (enfermeiros); Atividade clínica: PA (profissionais M/E responsáveis pela prescrição/administração de vacinas em idade pediátrica), NPA (não prescreve/não administra); Anos de carreira: A1 (<20A), A2 (≥20A); Local de trabalho: CSP (cuidados de saúde primários), H (hospital/clínica privada). Análise estatística em SPSS®,  $\alpha=0,05$ .

Resultados: obtiveram-se 430 respostas (56% E, 59% PA, 74% A2, 63% CSP). A convalescença de doença aguda foi considerada uma contra-indicação à vacinação por 56% M e 67,5% E ( $p<0,001$ ), assim como por 57% dos M/E do grupo PA versus 71% M/E do grupo NPA ( $p=0,004$ ).



O grupo A2 considera mais frequentemente a doença aguda ligeira ( $p < 0,001$ ) ou antecedentes de doença para a qual a criança vai ser vacinada ( $p = 0,004$ ) como contra-indicações à vacinação, comparativamente a A1.

Dos profissionais dos CSP, 58% desaconselha a vacinação em caso de doença aguda ligeira e 62% H mantém a sua administração ( $p < 0,001$ ). A terapêutica antibiótica concomitante também é considerada uma contra-indicação por 60% CSP, enquanto 64% H a recomenda ( $p < 0,001$ ).

Na região centro ( $n = 324$ ), foram considerados motivos para adiar o esquema vacinal: doença aguda ligeira (62% E versus 43% M,  $p = 0,001$ ) e terapêutica antibiótica concomitante (60% E versus 45% M,  $p = 0,006$ ). A convalescença de doença aguda foi considerada uma contra-indicação à vacinação por 52% M do grupo PA versus 100% M do grupo NPA ( $p < 0,001$ ).

Conclusão: globalmente, os profissionais pertencentes a A1, PA e H mostraram-se mais conhecedores das verdadeiras contra-indicações à vacinação em idade pediátrica. A convalescença de doença aguda e a terapêutica antibiótica concomitante são frequentemente interpretados como motivos para adiar o esquema vacinal, quer a nível nacional, quer na região centro. Os resultados demonstram a necessidade de investir na formação dos profissionais, nomeadamente nos CSP.

### **Exantema vesicular – quando o passado esconde a chave para o diagnóstico**

Maria Inês Linhares<sup>1</sup>, Inês Rosinha<sup>2</sup>, Elsa Hipólito<sup>2</sup>, Sílvia Almeida<sup>2</sup>, Maria Manuel Flores<sup>2</sup>

1 Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2 Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

---

Introdução: O herpes zoster (HZ) surge por reativação do vírus varicella zoster (VZV) latente na raiz dorsal dos gânglios sensoriais ou dos nervos cranianos. Embora possa ocorrer em qualquer momento após infeção primária, a incidência aumenta com a idade, sendo rara na infância. Caracteriza-se por um exantema vesicular distribuído segundo o dermatomo sensorial afetado. Descrição do caso: Menino de 5 anos, que recorre ao serviço de urgência por lesões vesiculares no membro superior direito (MSD), com 5 dias de evolução. Lesões iniciais na mão, com progressão para antebraço e braço, dolorosas, não pruriginosas. Estaria nessa altura a cumprir o 3º dia de terapêutica tópica (corticóide e ácido fusídico) e antibioterapia oral com amoxicilina + ácido clavulânico (50 mg/kg/dia, 3id) por suspeita de impétigo bolhoso. Apirético, sem outras queixas. Contexto familiar de mãe com herpes labial em fase de cicatrização. Negada história de

varicela ou vacinação anti-VZV prévias. Contacto aos 3 meses de idade com irmã com varicela. À observação, lesões vesiculares no MSD, envolvendo a área correspondente aos dermatómos C5, C6 e C7. Algumas lesões da mão com aspeto bolhoso de conteúdo opaco, conferindo-lhe um aspeto edemaciado. Estudo analítico sem elevação de parâmetros inflamatórios. Decidido internamento sob terapêutica com aciclovir (1500 mg/m<sup>2</sup>/dia, endovenoso, 5 dias) e flucloxacilina (100mg/kg/dia, endovenosa, 9 dias) por sobreinfecção bacteriana das lesões da mão. Fez também terapêutica tópica com ácido fusídico e aplicação de pensos com solução de desinfecção (Prontosan®). Foram feitas serologias para VZV, com títulos IgG e IgM positivos. Serologias para vírus herpes simplex 1 e 2 (HSV 1 e 2), com títulos IgG e IgM negativos, e pesquisa por polimerase chain reaction para HSV 1 e 2, que foi negativa. Melhoria clínica progressiva sob terapêutica instituída.

Discussão: A reativação precoce do VZV é rara. O principal fator de risco é a ocorrência de varicela durante a gestação ou no primeiro ano de vida. Numa criança pequena, previamente saudável, a exclusão de imunodeficiência subjacente não é mandatória. Pelas suas características, o HZ infantil pode suscitar dúvidas no momento do diagnóstico e na orientação terapêutica.



### **Síndrome Gianotti-Crosti – um exantema para não esquecer**

Nélia Santos Gaspar<sup>1</sup>; Ana Bárbara de Matos<sup>1</sup>; Marlene Salvador<sup>1</sup>; Julieta Morais<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Médio Tejo

---

Introdução/Descrição do caso: Relata-se o caso de um menino de 14 meses, previamente saudável, trazido ao serviço de urgência por exantema com um mês de evolução e agravamento na semana precedente. À admissão, apresentava-se subfebril, com numerosas lesões bolhosas/vesiculares generalizadas, impetiginadas, particularmente confluentes nos membros, nádegas e região peri-bucal, associadas a lesões micropapulares, sobretudo no tronco, com

atingimento palmo-plantar, e lesões de grattage (figura 1). Previamente medicado com amoxicilina-ácido clavulânico oral e flucloxacilina oral, sem melhoria. Analiticamente apresentava hemograma, ionograma e função renal sem alterações, proteína C reativa (PCR) 0,5mg/dL (normal <0,1mg/dL); pesquisas de adenovírus, rotavírus e anticorpos anti citomegalovírus (CMV) negativos; anticorpos anti vírus Epstein Barr (EBV) IgM e anti mycoplasma pneumoniae IgM positivos. Por suspeita de síndrome de Gianotti-Crosti sobreinfetado medicou-se com ácido fusídico tópico e amoxicilina-ácido clavulânico, inicialmente endovenoso e posteriormente oral, que cumpriu durante 14 dias, tendo-se verificado melhoria franca um mês após início da terapêutica instituída.

Discussão: O síndrome de Gianotti-Crosti é uma acrodermatite papular que afeta geralmente crianças, a maioria com menos de cinco anos, sem propensão por sexo. Caracteriza-se por uma dermatite eritemato-papular com duração de semanas e distribuição acral, atingindo sobretudo as superfícies extensoras dos membros, região malar e nádegas, poupando as unhas e mucosas. Na sua etiologia podem estar envolvidos vírus (ex. vírus da hepatite B, EBV, CMV, rotavírus), bactérias (ex. mycoplasma pneumonia) e a administração de vacinas. Apesar dos exames complementares efetuados, o seu diagnóstico é clínico, o que exige um elevado grau de suspeição. Assim, o presente trabalho alerta para a existência de uma patologia que, apesar de pouco frequente, muitas vezes é interpretada como “exantema viral inespecífico”, acabando por ser desvalorizada a possibilidade de complicações, como a sobreinfecção.



Figura 1. Fotografia tirada no Serviço de Urgência pediátrica, à admissão.

## **Técnica inalatória numa consulta de pediatria**

Joana da Costa Ribeiro<sup>1</sup>, Carolina Folques<sup>1</sup>, Maria Manuel Zarcos<sup>1</sup>

1 Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria

---

**Introdução:** A via inalatória é a recomendada na terapêutica profilática e de crise na asma. Para que haja boa deposição dos fármacos a nível pulmonar é necessário a correta utilização dos dispositivos.

**Objetivo:** Caracterizar e verificar a técnica inalatória com MDI em câmara expansora (CE) e com dispositivo de pó seco (DPS).

**Métodos:** Estudo descritivo, observacional e transversal com aplicação de um questionário que incluía os passos da correta técnica inalatória a qual era realizada sob observação médica e outras questões relativas à utilização da CE e DPS num período de 2 meses. Estatística: SPSS 22®.

**Resultados:** Obteve-se um total de 83 questionários 46 referentes a CE e 37 a DPS. Os utilizadores de MDI em câmara expansora tinham idade mediana de 6 anos, com tempo médio de consulta de 2,4 anos e 41,3% tinha familiares próximos com asma. Todos realizavam salbutamol em crise. Como profilaxia 82,6% fazia propionato de fluticasona, 21,7% montelucaste e 6,5% associação  $\beta$ 2 de longa ação + corticoide. Os erros encontrados foram: 50% não desperdiçava a 1ª inalação, 28,3% não aguardava entre a 1ª e 2ª inalação, 17,3% não agitava o dispositivo e 4,4% não cumpria a duração de 10 segundos da inalação. Em relação à higienização 56,5% não limpava a máscara após a utilização e 60,9% não lavava corretamente a CE. Em crise 24,4% não fazia o broncodilatador antes do corticoide e 23,9% não lavava a cara e boca após uso do corticoide. Os utilizadores de dispositivo de pó seco tinham idade mediana de 13 anos, o tempo em consulta médio foi de 4,8 anos e 35,1% tinha familiares com asma. Em crise 89,2% utilizava salbutamol e 10,8% terbutalina. Profilaticamente 40,5% fazia a associação  $\beta$ 2 de longa ação + corticoide e 35,1% propionato de fluticasona, destes o dispositivo mais utilizado foi o diskus (55,2%). As incorreções observadas foram: 43,2% não fazia expiração forçada antes da inalação, 13,5% não fazia inspiração forçada ao inalar, 24,3% não realizava pausa no final da inspiração e 35,1% não aguardava entre a 1ª e 2ª inalação. Cerca 48,6% não limpava o bucal após a utilização. Em crise 28,6% não realizava o broncodilatador antes do corticoide e 44,8% não lavava a boca após utilização deste último. Não se obtiveram resultados estatisticamente significativos quando se correlacionou os erros com o tempo em consulta ou existência de familiares próximos com asma.

**Conclusão:** Foram objetivados múltiplos erros mesmo nos utentes que eram seguidos há vários anos. Os erros mais frequentes ocorreram nos utilizadores de DPS. Desta forma a técnica

inalatória deve ser sempre observada pelo médico em todas as consultas, principalmente nos adolescentes em que a uso correto depende da total autonomia destes.

### **Estarão as nossas crianças da Consulta de Alergologia Pediátrica bem controladas?**

Ana Rita Constante<sup>1</sup>, Zulmira Abdula<sup>1</sup>, Susana Alexandre<sup>1</sup>, Filomena Rebelo<sup>1</sup>

1Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Oeste – Hospital Caldas da Rainha (CHO-CR)

---

**Introdução:** Cerca de 12,9% das crianças e 11,8% dos adolescentes têm asma ativa em Portugal, das quais 60-80% tem asma e rinite alérgica (ARA), sendo essencial avaliar o seu controlo clínico. Para tal, existe apenas um questionário validado para a população portuguesa pediátrica, o “Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test for Children” (CARATKids). Este consiste em 8 perguntas para as crianças e 5 para os pais/cuidadores, com um score final máximo de 13. Foram definidos os seguintes cut-offs para controlo de doença: score  $\leq 3$ : doença controlada; score  $\geq 6$ : doença não controlada.

**Objetivo:** Avaliar o grau de controlo clínico de ARA numa amostra de crianças seguidas em Consulta de Pediatria/Alergologia do CHO-CR utilizando o CARATKids, e estudar a relação entre o score clínico e alergias identificadas em testes cutâneos (TC) e medicação de base.

**Métodos:** Estudo observacional, descritivo e transversal, através da aplicação do CARATKids a crianças diagnosticadas com asma e/ou rinite alérgica, no período de junho a outubro de 2018, seguido da colheita de dados de TC e medicação habitual. Realizou-se uma análise de frequências e teste do chi-quadrado, utilizando o SPSS 23.0.

**Resultados:** Obtivemos um total de 31 crianças, com média de 9,3 anos (min. 6, máx. 12). 93% faz uma técnica inalatória correta e 14,8% das crianças cumpre irregularmente a medicação prescrita. Dentro dos TC, as alergias mais comuns foram a ácaros [D. farinae (80,6%), D. pteronyssinus (80,6%), Lepidoglyphus (74,2%) e Euroglyphus (71%)]. Quanto ao score clínico, 38,7% apresenta doença controlada e 22,6% doença não controlada, com um score médio de 3,97. O score dos pais correlacionou-se mais fortemente com o score final que o das crianças ( $p= 0,005$  vs  $p=0,024$ ). Os sintomas das vias aéreas inferiores estão estatisticamente correlacionados com o score final ( $p=0,016$ ). Não houve relação estatística entre o cumprimento da medicação e o score clínico. As crianças com TC positivo para gramíneas e parietária estão associadas a pior score clínico ( $p=0,048$  e  $p=0,05$  respetivamente).

Conclusão: Existe uma tendência para a desvalorização dos sintomas por parte dos doentes e seus pais, o que poderá explicar que apenas um terço destes apresente doença clinicamente controlada. Para colmatar esta diferença, devem ser aplicadas ferramentas objetivas para avaliação clínica em todas as consultas, como o CARATKids, por forma a fazer ajustes terapêuticos mais adequados e assim melhorar o controlo clínico.

### **Angioedema e urticária aguda recorrentes – caso clínico**

Laura Correia<sup>1</sup>, Maria Inês Linhares<sup>2</sup>, Maria Miguel Almiro<sup>1</sup>, Ana Morete<sup>1</sup>, Sofia Figueiredo<sup>1</sup>

1 Centro Hospitalar do Baixo Vouga, 2 Hospital Pediátrico de Coimbra

---

Introdução: As reações urticariformes agudas são comuns em idade pediátrica, no entanto a associação com angioedema é menos frequente. São considerados idiopáticos 70% dos casos, sendo os restantes causados por alimentos, fármacos ou agentes infecciosos.

Descrição do caso: Criança do sexo masculino, 5 anos, com antecedentes de dermatite atópica, observado no SU por quadro com 5 horas de evolução de odinofagia, febre, urticária e angioedema. Foi realizada pesquisa de *Streptococcus pyogenes* (SGA) na orofaringe por teste antigénico rápido (TAR), que se revelou positiva. Decidido internamento em Sala de Observação (UICD) com antibioterapia oral (Amoxicilina 50mg/Kg/dia), corticoterapia (Prednisolona 2 mg/kg/dia) e anti-histamínico (Hidroxizina 0,5 mg/kg/dia) com melhoria clínica em <24 horas. No mês seguinte, recorreu ao SU por quadro semelhante, realizou o TAR (positivo) e teve alta medicado com Amoxicilina e Hidroxizina. Regressou horas mais tarde por agravamento do angioedema, tendo sido novamente internado em UICD com associação de corticóide oral, com melhoria progressiva e alta em < 24 horas. Referenciado à Consulta de Imunoalergologia, onde foram excluídas outras potenciais etiologias para o quadro urticariforme recorrente, e aconselhada terapêutica com antihistamínico e corticóide oral durante 3 dias em caso de amigdalite estreptocócica. Durante o seguimento (cerca de 2 anos), a criança apresentou 4 novos episódios de urticária e angioedema associados a SGA (confirmadas por TAR), cumprindo a terapêutica sugerida, sem necessidade de internamento. Por amigdalites recorrentes foi observado por ORL e proposto para adenoamigdalectomia, que realizou aos 7 anos.

Conclusão: As infeções por SGA associam-se a várias manifestações cutâneas como eritema nodoso, eritema marginatum, eritema annulare e urticária. No caso apresentado denota-se a associação dos episódios de urticária aguda com infeções por SGA, salientando-se assim a

importância de as considerar como etiologia em idade pediátrica. A terapêutica antibiótica precoce está recomendada para controlo da sintomatologia.

### **Vacinação BCG – riscos e oportunidades**

Ana Luísa Correia<sup>1</sup>, Vicente Rey y Formoso<sup>1</sup>, Joana Morais<sup>1</sup>, Sara Silva<sup>2</sup>, Rui Almeida<sup>2</sup>, Sofia Aroso<sup>2</sup>

1 Interno de formação específica de Pediatria; 2 Assistente hospitalar de Pediatria (Hospital Pedro Hispano)

---

**Introdução:** A vacina BCG tem como objetivo proteger as crianças contra formas graves de tuberculose, como a tuberculose miliar, óssea e meníngea. Com a entrada em vigor do novo programa nacional de vacinação em 2017, a vacina BCG deixou de ser universalmente administrada à nascença, passando a ser recomendada apenas a grupos de risco.

**Caso clínico:** Criança de 8 meses, não vacinada com a vacina BCG, sem antecedentes relevantes até 2 meses antes do internamento, altura em que iniciou quadro de tosse produtiva e febre intermitente. Durante este período foi observado em múltiplas consultas, tendo efetuado vários tratamentos antibióticos sem melhoria significativa. À admissão, apresentava-se sem sinais de dificuldade respiratória ou hipoxemia e na auscultação pulmonar evidenciava crepitações dispersas. Efetuou estudo analítico salientando-se leucocitose (21850/uL) e PCR de 51.3 mg/L e na radiografia do tórax era patente condensação pneumónica no lobo superior direito e padrão micronodular bilateral que evocou o diagnóstico de tuberculose pulmonar (corroborado mais tarde através da realização de TAC torácico).

Foram realizadas colheitas de suco gástrico para pesquisa de BK, cujo exame directo e biologia molecular foram negativos. Perante a persistência da febre e irritabilidade foi efetuada punção lombar que revelou pleocitose no LCR (336 células/UL, 73% polimorfonucleares), pelo que a terapêutica inicial com ceftriaxone foi substituída por terapêutica anti-tuberculosa com esquema quádruplo (HRZE) em associação com corticoterapia (prednisolona 1 mg/kg/dia).

Apesar destas medidas evoluiu para quadro de hipertensão intracraniana tendo sido diagnosticada uma hidrocefalia aguda com necessidade de colocação de DVE. Após readquirir estabilidade neurológica, realizou broncofibroscopia e foi identificado *Mycobacterium tuberculosis* no lavado bronco-alveolar por biologia molecular. O inquérito epidemiológico permitiu identificar o caso índice – familiar convivente cujo estado clínico não era conhecido aquando da avaliação dos critérios de elegibilidade para a vacinação com a vacina BCG.

Conclusão: Apesar de Portugal apresentar atualmente um baixo risco de infeção por tuberculose, esta deve continuar a merecer a maior atenção, dada a potencial morbimortalidade a que está associada, sobretudo em crianças mais jovens.

Com este caso pretende-se alertar para a importância da identificação correta de crianças com critérios de vacinação com a vacina BCG, responsabilidade atribuída a todos os profissionais de saúde com quem contactem.