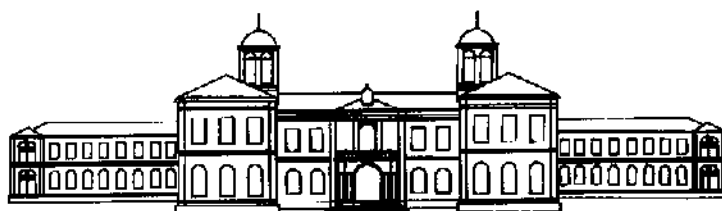


**ANUÁRIO  
DO  
HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

**ANO II – 1994**



**NÚCLEO EDITORIAL DO ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

**ANUÁRIO  
DO  
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**

**Nº 2**

**Ano 1994**

**NÚCLEO EDITORIAL:**

Drs: Mário Coelho (Coordenador)  
Luisa Teles  
Eunice Soares  
Fernando Chaves  
João Goulão  
João Marques  
Ana Vizinho  
Teresa Ferreira  
Luisa Medeiros  
Graça Pires  
Margarida Botelho

**CONSELHO CIENTIFICO:**

Prof Dr Nuno Cordeiro Ferreira  
Dr José Mateus Marques  
Prof Dr António Gentil Martins  
Dr João Carapau  
Dr Carlos Ribas de Freitas  
DrªMªConceição Campelo  
DrªMªHelena Portela  
Dr José Rosado Pinto  
Dr António Coimbra de Matos  
DrªLeonor Faro

**CAPA:** Drª Leonor Duarte

**DACTILOGRAFIA:**

Fátima Coelho

**EDITADO EM MARÇO DE  
1995**

**PUBLICAÇÃO ANUAL  
TIRAGEM:** 500 exemplares

Distribuição gratuita ao Corpo Clínico  
do Hospital de Dona Estefânia -  
Lisboa

**APOIO BEECHAM PORTUGUESA**

**SUMÁRIO:**

**pag.**

EDITORIAL .....	I
ÍNDICE POR SERVIÇOS .....	II
ÍNDICE POR AUTORES .....	VIII
NOTA DO EDITOR .....	IX
RESUMOS .....	1
NÚCLEO ICONOGRÁFICO .....	183
-Lista de imagens 1994	
NORMAS DE PUBLICAÇÃO .....	189
INFORMAÇÕES AOS AUTORES .....	190
MELHORES TRABALHOS DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA - - ANO DE 1993 .....	191

## EDITORIAL

Nos últimos dois anos, a actividade dos Médicos do Hospital de Dona Estefânia, permitiu que o Anuário registasse cerca de três centenas de Resumos de trabalhos científicos originais na área da Pediatria e especialidades afins, cuja variedade e qualidade refletem a actual diferenciação do Hospital e dos seus profissionais.

Apesar deste registo corresponder a apenas uma parte dos trabalhos realizados, dificilmente se terá antes reunido numa única publicação, tal volume de informação médica respeitante a uma população pediátrica específica, neste caso a abrangida pela área do Hospital. Daí decorre que o Anuário seja já um importante elemento de consulta para quem pretenda analisar essa população baseado no trabalho de quem melhor a estudou e conhece - os seus Pediatras!

A crescente sensibilidade de todos nós para esta realidade, impõe que se continue a actividade de registo e divulgação científica para as quais o Anuário tem procurado contribuir e cujas opiniões e colaboração dos Colegas, a quem expressamos o nosso reconhecimento, têm constituído um importante estímulo.

Uma palavra de saudação para os novos sectores da actividade do Hospital que este ano iniciam a sua colaboração no Anuário.

Renovamos os agradecimentos à Beecham Portuguesa, cujo excelente apoio permite a edição e distribuição deste Anuário a todo o Corpo Clínico do Hospital de Dona Estefânia.

Dr. Mário Coelho



# Anuário do Hospital de Dona Estefânia

- Índice por Serviços -

<b>Serviço 1 (Pediatria) - Director: Prof Dr Nuno Cordeiro Ferreira</b>		<b>Pág.</b>
<b>Sala 1:</b>		
-Chlamydia trachomatis - fora de qualquer suspeita!	*	1
-Pseudo-oclusão intestinal recorrente - uma apresentação rara de doença celiaca.		2
-Sala 1 versus Síndromes aspirativos.		3
-Internamento por doença febril nos primeiros 6 meses de vida - análise de dois anos (1986 e 1993).		4
<b>Sala 2:</b>		
-Um caso de hemangioma do mediastino.		5
-Um caso clínico de convulsões.		6
<b>Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia Infantil:</b>		
-Endoscopia intervencional.		7
-Importância da endoscopia na criança com refluxo gastro-esofágico.	*	8
-Manometria esofágica em doentes com refluxo gastro-esofágico e manifestações respiratórias.		9
-Importância da endoscopia digestiva alta e da pHmetria no seguimento dos doentes operados a atresia do esófago.		10
<b>Sala 3 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN):</b>		
-Mucoviscidose com manifestação respiratória em período neonatal - a propósito de um caso.	*	11
-Proteinose alveolar pulmonar no período neonatal.	*	12
-Parto pré-termo.	*	13
-Parenteral nutrition of the neonate - a N.I.C.U. experience.		14
-Arm muscle area as predictor of infectious event in neonates cared for in special care units. Preliminary results.		15
-Policitemia neonatal - dados epidemiológicos.		16
-Hemorragia intra-periventricular. Estudo evolutivo: 1986-1994.		17
-Hérnia diafragmática congénita - Casuística de 10 anos da UCIN do Hospital de Dona Estefânia.		18
-Estudo evolutivo de recém-nascidos de Muito Baixo Peso - 1986-1993.		19
-Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia - Casuística de 10 anos.		20
-Descolamento da placenta e lesão cerebral do R.N. (Diagnóstico Ecográfico).		21
-Cranial Ultrasound Assessment of Gestational Age: a N.I.C.U. experience.		22
-Alimentação e ECN (Enterocolite Necrosante).		23
-Aspectos epidemiológicos da infecção no RNMBP.		24
-Cuidados perinatais em Lisboa.		25
-Cateterismo dos vasos umbilicais.		26
-As áreas adiposa e muscular braquiais na avaliação nutricional de R.N. de baixo peso.		27
-Diagnóstico e terapêutica de algumas situações infecciosas da gravidez e periparto.		28
-Leucomalácia periventricular no RN prétermo: estudo ecográfico e evolução clínica.	*	29
-Problemas éticos em unidades de cuidados intensivos neonatais - a propósito de 3 casos exemplares.		30

*Nota: o símbolo (\*) assinala trabalhos de colaboração entre Serviços.*

#### **Sala 4 - Unidade de Hematologia Pediátrica:**

-Profilaxia das doenças hereditárias do eritrocito.	*	31
-Síndrome de Imlerslund-Grasbeck.		32
-Febre reumática - uma patologia nem sempre tão longe do nosso quotidiano.	*	33
-Anemia congénita discitropoiética Tipo I.		34

#### **Unidade de Endocrinologia Pediátrica:**

-Cetoacidose diabética - estudo retrospectivo de 3 anos.	*	35
-Puberdade precoce no sexo masculino - dois casos clínicos.	*	36

#### **Serviço 1(Geral):**

-Internamento em Pediatria - que ligações?.		37
-Vitaminas e flúor: que profilaxias?.		38
-Insucesso escolar - pequenas verdades vs grandes mentiras.		39
-A new cause of progressive intrahepatic cholestasis: 3-Hidroxi-C27-steroid deshydrogenase/isomerase deficiency.	*	40

#### **Serviço 2 (Pediatria) - Director: Dr José Mateus Marques**

##### **Sala 1:**

-Prevenção nutricional na criança com doença crónica.		41
-Pneumonia intersticial linfóide.		42
-7 meses de idade e hipotonia.		43
-Bronquiolites no S2S1: experiência de 1993.		44
-Infecção pelo V.I.H. na Sala 1 - Casuística de 1994.		45

##### **Sala 2:**

-Miosites virais - Casuística do Serviço 2 Sala 2 - 1993.		46
-S.F.I., o regresso...parte II.		47
-Toxicodependência : SIDA e Hepatite.		48
-Uma patologia a não esquecer.		49

#### **Sala 3 - Unidade de Doenças Infecciosas:**

-Sarampos complicados.		50
-Infecções cutâneas piogénicas - Revisão de 5 anos.		51

#### **Unidade de Nefrologia Pediátrica:**

-Diagnóstico pré-natal da uropatia malformativa na prevenção da insuficiência renal crónica na criança.		52
-Síndrome nefrótica - o que há de novo desde o levantamento de 1988.		53
-Agenésia renal - Experiência da Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia.		54
-Fisiologia da micção.		55
-Síndrome nefrótica córtico-dependente.		56
-Insuficiência renal aguda.		57
-Infecção urinária.		58
-Diagnóstico pré-natal de uropatias - um "novo" motivo de consulta.	*	59
-Rim e infecção HIV na criança.		60
-Insuficiência renal crónica nos primeiros 2 anos de vida.		61

*Nota: o simbolo (\*) assinala trabalhos de colaboração entre Serviços.*

### **Unidade de Neuropediatria:**

-Paralisia cerebral. Várias prevenções possíveis.		62
-Epilepsy in children -How optimistic should we be about treatment?.		63
-Cognitive regression and epilepsy in children.		64
-Hipertensão Intra-Craneana Benigna/ Pseudotumor Cerebri.		65
-Hemiplegia Alternante - Caso clínico.		66
-Princípio, meio e fim de uma terapêutica anti-epiléptica.		67

### **Unidade de Electroencefalografia:**

-Correlação electroclínica.		68
-----------------------------	--	----

### **Serviço 2 (Geral):**

-Alterações do comportamento na criança internada.	*	69
----------------------------------------------------	---	----

### **Departamento de Cirurgia Pediátrica - Director: Prof Dr António Gentil Martins**

-Urgências cirúrgicas pediátricas - O Recém-nascido.		70
-Pseudoaneurisma da artéria umeral.		71
-Artrites sépticas - casuística de 5 anos.		72
-Índices de gravidade dos doentes cirúrgicos em cuidados intensivos pediátricos - casuística de dois anos.	*	73
-Search for molecular alterations in Wilm's Tumors.		74
-Mão queimada e amputação.		75
-O tratamento dos hipospádias - uma orientação pessoal ou a evolução de um princípio.		76
-Sacro-coelical teratomas - an oncological, functional and aesthetic problem.		77
-Osteomielite crónica da criança.		78
-Patologia cirúrgica corrente nos primeiros anos de vida.		79
-Cirurgia do Recém-nascido de Muito Baixo Peso - Experiência de 6 anos.	*	80
-Atresia do esófago - experiência de 10 anos (1984-1993).	*	81
-Ostomias na criança.		82
-Plastias reconstrutivas do perineo feminino - descrição de técnica pessoal.	*	83
-Noma da face.	*	84
-Queimaduras graves por choque eléctrico - a propósito de 4 casos.		85
-Reimplantação ureteral na criança.		86
-Quisto do colédoco - Casuística operatória do Serviço 3 - Cirurgia pediátrica do H.D.Estefânia.	*	87
-Circuncisão ritual e correcção plástica da fimose.	*	88
-Estudo retrospectivo de 2 anos de actividade da Unidade de Queimados do Hospital de D.Estefânia.		89
-Sequestração pulmonar extralobar neonatal - a propósito de um caso.		90
-Molecular and cytogenetic studies as a prognostic factor in Neuroblastoma.	*	91
-Partial nephrectomy in Wilms' Tumors.	*	92
-The role of Surgery in the prevention and treatment of sequelae of children's cancer therapy.		93
-O valor da aplicação conjunta de metodologias da Biologia molecular, Citogenética e Hibridação in situ para o prognóstico do neuroblastoma.	*	94
-Sarcoma de Ewing/PNET, com metastases pulmonares.		95

**Nota: o simbolo (\*) assinala trabalhos de colaboração entre Serviços.**

**Serviço 5 (Otorrinolaringologia) - Director: Dr Carlos Canas Ferreira**

-Colesteatoma congénito.		96
-Sarcoma sinovial da hipofaringe.		97
-Lesões metastáticas do osso temporal - a propósito de 3 casos clínicos.		98
-Utilização de um derivado tímico (Timomodulina) na profilaxia e tratamento das infecções respiratórias recorrentes na criança.		99
-Rinopatia e Síndrome de apnéia do sono.		100

**Serviço de Imagiologia - Director: Dr Carlos Ribas Freitas**

-Hidronefrose complicada em lactente.		101
-Alterações ecográficas da aorta abdominal pós-cateterismo no recém-nascido.		102
-Enterocolite necrosante.		103
-Invaginação intestinal.		104
-Massa quística abdominal.	*	105
-Megacaliose.		106
-Estenose Hipertrofica do Píloro.		107

**Serviço de Patologia Clínica - Directora: Drª Mª Conceição Campelo**

-Agregação plaquetária - Doença de Glanzman.		108
-Proposta de profilaxia em Cirurgia no H.D.E.		109
-Surto de infecção nosocomial a <i>St.aureus</i> MR numa unidade de recém-nascidos.		110
-Doença de von Willebrand.		111
-Pesquisa de <i>Ureaplasma urealyticum</i> em recém-nascidos de pré-termo - - Estudo preliminar.		112
-Pesquisa de antígenos solúveis no diagnóstico da meningite bacteriana.	*	113
-Higiene e segurança em microbiologia.	*	114
- <i>Helicobacter pylori</i> - Estudo preliminar H.D.E.		115
-Estudo preliminar comparativo de dois sistemas automáticos de hemoculturas: - BACTEC 9120 e VITAL.		116

**Serviço de Medicina Física e Reabilitação  
- Directora: Drª Mª Helena Portela**

-Desenvolvimento e doença cardíaca infantil.	*	117
-Seguimento e habilitação do Recém-nascido de Muito Baixo Peso.		118
-Reabilitação nos alongamentos dos membros inferiores.		119

**Serviço de Anestesiologia - Directora: Drª Leonor Faro**

-Siameses - a propósito de sete casos operados.		120
-------------------------------------------------	--	-----

Nota: o símbolo (\*) assinala trabalhos de colaboração entre Serviços.



**Serviço de Urgência - Director: Dr João Carapau****Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP):**

-Prevenção da infeção hospitalar numa unidade de cuidados intensivos.		121
-Cuidados Intensivos - Indicações, meios humanos, equipamento, enfermagem.		122
-Intoxicações na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.		123
-Movimento assistencial da UCIP do Hospital de Dona Estefânia.		124
-Cuidados intensivos e Pedopsiquiatria de Ligação.		125
-Das soluções aos problemas.		126
-Insuficiência respiratória aguda.		127
-Pancreatite necrosante hemorrágica no lactente.	*	128
-Enfarte do miocárdio num lactente.	*	129
-Ventilação mecânica numa unidade de cuidados intensivos pediátricos.		130
-Sépsis meningocócica numa unidade de cuidados intensivos pediátricos - Factores de prognóstico.		131
-Movimento assistencial numa unidade de cuidados intensivos pediátricos - Análise de dois anos.		132

**Consulta Externa - Director: Dr José Mateus Marques****Medicina:**

-A propósito de um caso clínico (Infeção por CMV).		133
-Consulta de Pediatria Geral/ Consulta de Nefrologia - Que colaboração? - apresentação de dois casos clínicos.		134
-Primeira consulta de Pediatria médica - Casuística de 1993.		135
-A propósito de uma lesão osteolítica.		136

**Desenvolvimento:**

-Consulta de Desenvolvimento e Dismorfias -Conexão anárquica? Solução sistematizada?.		137
-Um caso clínico de Hipotonia.		138
-Um caso clínico de Leucodistrofia.		139
-Atrasos de Linguagem - Alguns aspectos.	*	140
-Intervenção precoce - Perspectiva ecológica em desenvolvimento.		141
-Intervenção e Integração.		142

**Endocrinologia:**

-Patologia pubertária - as verdades e as variantes numa consulta de endocrinologia pediátrica.		143
------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----

**Nefrologia:**

-Síndrome nefrótico.		144
----------------------	--	-----

**Pedopsiquiatria de ligação:**

-O perfil de cem crianças do Hospital de D.Estefânia.		145
-------------------------------------------------------	--	-----

**Pneumologia Infantil:**

-Prevenção inespecífica em Pneumologia.		146
-Tuberculose: Epidemiologia e prevenção.		147
-Doença pulmonar crónica da prematuridade: Preparar a chegada!		148
-Imunodeficiência comum variável.		149

Nota: o símbolo (\*) assinala trabalhos de colaboração entre Serviços.

**Unidade de Imunoalergologia - Chefe de Serviço: Dr José Rosado Pinto**

-Quantitative skin prick tests and specific IgE (CAP System) for D.pteronissynus - correlation of results in a paediatric population.		150
-ALATOP: sensitivity, specificity and predictive value of a new "in vitro" sreeening test of atopy.		151
-Prevalence of dust mite allergens in an african country.		152
-Bronchial responsiveness to methacholine in atopic and non-atopic children treated with Budenoside 400 g b.i.d.	*	153
-Correlation of quantitative results between skin prick tests and specific Igl <sub>E</sub> (CAP System) for Pteronissynus.		154
-Validation and usefulness of a software for TECAM 8000 for AI.ASTA'I' determinations.	*	155
-Alergia ao Latex na criança - Caso clínico.		156
-Epidemiologia da Asma na criança na República de Cabo Verde.		157
-Alveolite alérgica extrínseca na criança.		158
-Anti-inflamatórios esteróides por via inalatória revertem a hiperinsuflação pulmonar na asma da criança.	*	159
-III Curso de Férias para crianças asmáticas - Gouveia, 1994 - Abordagem psicológica.		160
-Asma brônquica - Casuística da Consulta de Imunoalergologia do H.D.Estefânia.		161

**Departamento de Pedopsiquiatria  
- Director: Dr António Coimbra de Matos**

-Quando as ligações começam.		162
-Manifestações psicopatológicas das crianças com queixas somáticas.		163
-Grupos de pais em Pedopsiquiatria.		164
-Importância do estágio de Psiquiatria geral na formação do Interno de Pedopsiquiatria.		165
-Papel do Pedopsiquiatra na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.		166
-Pedopsiquiatria de Ligação.		167
-Sucesso de quem?.		168
-Repercussões psicológicas das doenças somáticas e da hospitalização na criança.		169
-A descoberta...		170
-Mãe toxicod dependente e seus filhos - perspectiva transgeracional.		171
-Prevenção em Saúde mental.	*	172
-Tentativa de suicídio.	*	173
-"O que tens aí? É um bebé?"		174
-As primeiras experiências relacionais do bebé'.		175
-O período de latência na criança.		176
-Desenvolvimento normal da criança na segunda infância.		177
-As pré-psicoses.		178
-Estados limite: etiopatogenia, patologia e tratamento.		179

**Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (C.C.I.H.)**

-Prevenção da infecção no Bloco operatório.		180
-Avaliação do inquérito executado pela CCIH em relação aos padrões de qualidade de higiene no H.D.E.		181

**Núcleo de Iconografia do Hospital de Dona Estefânia**

-Resumo da actividade de 1994.		182
--------------------------------	--	-----

Nota: o simbolo (\*) assinala trabalhos de colaboração entre Serviços.

# ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

## Índice por autores (Ordem alfabética)

Autor	Pág.		
Abranches M.	52,59,61	Candeias A.	13
Afonso C.	155,	Caneira E.	85
Afonso I.	4,6,33,	Carapau J.	46,47,48,49,147,148
Aldina A.	117,118	Cardoso H.	50
Almeida M.	74	Cary M.	117,118,119
Almeida T.	33	Carmo-Pinto M.	41
Alves A.	94	Carneiro R.	101,102,103
Alves F.	10,73,80,81	Carvalho A.	180
Alves R.	128	Carvalho C.	96,99
Andrade I.	86	Carvalho G.	163,169,172
Andrade N.	86	Carvalho L.	84,113
Antunes J.	78	Casella P.	10,70,71,73,79,80,81,82
Aparicio O.	25	Casimiro A.	42,146,149
Azevedo S.	28	Caspurro J.	91,94
Azevedo V.	2,3	Castro I.	55,57,58
Baldaia J.	5	Cavaco J.	47,149,158
Barata D.	73,121,122,124,128,131, 132	Cepêda T.	167,173
Barradas N.	17,21	Chantre O.	114
Barroco G.	41	Chaves F.	16,41,47,148,149
Barrocas F.	16	Chaves V.	46,49
Barros D.	3,135	Clington A.	14,22,27
Barros R.	14,109,110,112,113,114, 115,116,180,181	Coelho M.	1,2,3,4,37,38,39,146,148
Barros T.	173	Coimbra E.	91,94
Barrucco C.	103,105,107	Coimbra-Matos A.	177,178,179
Bastos G(raça).	150	Condeça B.	89,119
Bastos G.	144	Cordeiro-Ferreira G.	2,9
Batista J.	52,53,56,59,144	Cordeiro-Ferreira N.	31
Berdeja A.	14,15,27	Corte C.	160
Bernard O.	40	Costa A. cirurg	74
Beltencourt A.	45	Costa A. anselmo	14,22
Blanco C.	135,145	Costa M.	75,89
Boavida M.	74,91,94	Coutinho J.	12,25
Boavida M.R.	150,	Cruz A.	33
Borges C.	73,80	Cruz C.	41,134,145
Braga L.	31,32,34	Cunha L.	87
Bragança G.	36	Cunha-Sá M.	36
Brito I.	162	Curvelo A.	47,146
Brito M.	33,60,144	Dias A.	38,137,138,139,140,142
Cabral J.	7,8,10,81,87	Dias K.	63,64,65,66
Cabral P.	65	Duarte A.	5,6
Cabrita S.	51	Duarte L.	17,19,21,22,29,30,117
Caetano M.	13	Duarte R.	75,85,87,89
Calado E.	62,63,64,65,67	España M.	90,92,105,128
Calado V.	98	Espinosa L.	9
Caldas G.	61	Esteves M.	42,43,146
Calha M.	33	Estrada A.	40
Câmara R.	158,161	Estrada J.	26,35,73,124,125,131,132, 137,138,139,140,141,142, 182
Canas-Ferreira C	97,98,99	Faleiro M.	51,53,56,144
		Farinha R.	97

Fernandes E.	124	Marques R.	94
Fernandes I.	121,124,125,131,132	Martins A.	94
Fernandes J.	151,155	Martins I.	140
Fernandes M.	161	Mata P.	152
Ferra-Sousa D.	86	Matos N.	173
Ferra-Sousa J.	44,45,52,54,57,58,59,60, 61,144	Medeiros L.	117,118,119
Ferreira D.	13	Melo A.	99
Ferreira T.	176	Mendes J.	83,88,89
Figueiredo J.	152,157	Mendonça T.	4
Fino R.	97	Monteiro A.	78,135
Flores H.	33,38,137,139,140	Monteiro L.	96,97,98,100
Fonseca G.	36	Morais-Almeida M.	150,151,152,153,154,155, 156,157,158,161
Fonseca M.	62	Moreno T.	29,62,66,136
Frame M.	153	Mota A.	6,35,36,143
Freitas O.	33	Neto A.	54
Furtado J.	94	Neto M.	13,18,20,24,25,28,30
Furtado J(orge).	105,106	Neto V.	1
Gama L.	137,140,141,142,182	Neuparth N.	152,153,157,159
Gambôa T.	159	Neves C.	1,2,113
Gentil-Martins A.	74,76,77,90,91,92,93,94, 95	Nobrega L.	73,120
Gil T.	50,161	Nogueira J.	150,151,152,154,155,156, 160,161
Gomes-Costa G.	1,2,31,182	Nogueira G.	3,135
Gonçalves M.	166,171,175	Novaz M.	41
Guerreiro N.	129	Nunes A.	12,103,104,106
Guimarães M.	111	O'Connell N.	40
Hachouel M.	40	Oliveira-Santos J.	11,12,42
Henriques G.	32,34,54,145	Pacheco P.	31
Henriques N.	102,104	Pascoal J.	72,78
Isabel-Dias A.	65	Penas I.	101,102,104,107
Isidro G.	91,94	Pereira C.	153,159
Jacquemin E.	40	Pereira L.	4,38
Kaku S.	129	Pereira-Silva L.	11,15,27
Lacerda A.	28	Peres I.	112,113,116
Lage M.	43,44	Pina E.	114
Lamy S.	11,31,144	Pina R.	35
Lavinha J.	31	Pinheiro J.	91,94
Leal F.	15,16,17,19,21,27	Pinto F.	129
Leal I.	46,136	Pinto M.	114
Leal M.	83,84,85,88	Pinto P.	150,151,154,155
Leça-Pereira A.	69	Pinto S.	33,38,137,138,140
Lemos A.	110	Pinto V.	160
Levy M.	119	Pires A.	164
Lopes B.	149	Pires G.	154,156,161
Lopes R.	172	Pocinho L.	145
Loureiro V.	1,155	Portela H.	117
Lucas A.	78,86	Portugal I.	117
Lúcio J.	161	Prates S.	3,161
Luiz P.	144	Ramos J.	131,132
Lurdes-do Ó M.	50,	Ramos M.	61,143
Magalhães J.	128	Ramos S.	12
Maggiore G.	40	Ramos T.	61
Maia G.	170,174	Redondo L.	13,
Manuel-Marques	45	Rodrigues M.	101,105,106,107
Marques A.	73,124,125,129,131,132	Rodrigues O.	3,4
Marques C.	164,165	Romão G.	143
Marques J.	120	Rosa A.	108
Marques M. pedop	166,171	Rosa E.	161

Rosado-Pinto J.	150,151,152,153,154,155, 156,157,158,159,160,161
Saldanha G.	174
Salgado C.	87
Sampaio A.	13
Santa-Marta C.	150,151,152,154,155,157
Santana I.	87
Santa-Rita M.	1,5
Santos A.	74
Santos F.	3,4,135
Santos H.	108,111
Santos M.	51,121,123,124,125,127, 131,132
Sá-Couto H.	87
Schmitz J.	40
Sequeira J.	146
Sequeira S.	43,44
Serafim Z.	75,85,89
Serelha M.	13,18,20,23,25,26,81
Serrão A.	46,49
Setchell D.	40
Seves M.	133,144
Strecht P.	168
Silva A.	52,59,134
Silva M.	12,74
Silva R.	5,6
Soares A.	65
Soares E(unice).	18,50,128
Soares E.	104
Sobral M.	85,89
Sotto-Mayor S.	91
Sousa M.	26
Sousinha M.	92
Tavares C.	152,157
Tavares M.	18,20,25,59
Teles L.	3,38,137,140,142
Teresa-Ferreira M.	108,110,115
Teresa-Santos M.	134,135,136
Torre L.	4,135
Trigo C.	129
Trindade L.	33
Uva B.	16
Valadas G.	84
Vale M.	69,123,125,127,128,131, 132,137,140,141,142
Valente R.	122,124,125,129,131,132
Varandas L.	35
Vasconcelos M.	117,118,119
Vasconcelos C.	35,73,122,123,124,125, 127,128,129,131,132
Veiga-Gomes J.	101,102,107
Veiga M.	68
Ventosa L.	27
Ventura L.	121,124,125,126,131,132.
Videira-Amaral J.	11,12,14,15,16,18,20,22, 23,25,26,27
Vieira-Maccedo A.	123,125,130,131,132
Zarcos M.	72
Kaku S.	129



## **Nota dos Editores**

As datas, locais e modalidade de divulgação dos trabalhos a que se referem os Resumos, são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

Alguns Resumos são resultado do trabalho da colaboração entre vários sectores do Hospital ou com outras Instituições, sendo nesse caso assinalados no "Índice por Serviços" com o simbolo ( \* ) após o título do Resumo.





## **“CHLAMYDIA TRACHOMATIS” - fora de qualquer suspeita !**

C.Neves, M.Santa-Rita, M.Coelho, G.Gomes-Costa - Serviço 1 Sala 1 do H.D.Estefânia.

V.Netto - Serviço 5 (O.R.L.) do H.D.Estefânia.

V.Loureiro - Serviço de Patologia Clínica do H.D.Estefânia.

M.Sarmiento, A.Luisa - Departamento de Biomatemática da F.C.M.L.

Reunião do Serviço 1. Janeiro 1994.

Palavras- Chave: Chlamydia trachomatis; Estudo prospectivo.

**RESUMO:** Com os objectivos de avaliar o grau de suspeição de infecção ou co-infecção por Chlamydia trachomatis (Ct), esboçar um padrão clínico-laboratorial-radiológico de probabilidade de infecção a Ct e avaliar a eficácia de uma colaboração inter-departamental, os autores efectuaram um estudo prospectivo, com duração de 10 meses (Maio/91-Fevereiro/92) incluindo todas as crianças com menos de seis meses, com diagnóstico de entrada de conjuntivite e/ou queixas respiratórias (tosse, taquipneia, episódio de cianose/apneia), sem febre.

Realizaram-se observações nas primeiras 48 horas de internamento, 7 e 14 dias depois (por vezes em regime ambulatorio), contemplando aspectos clínicos, radiografia do tórax, hemograma, pesquisa de antígeno e anticorpos para Ct, audiograma e timpanograma. Considerou-se como diagnóstica a detecção de IgM específica e/ou do antígeno nas secreções naso-faríngeas/raspados conjuntivais. A análise estatística comparativa foi feita pelo Teste de Fisher e o estudo da sensibilidade, especificidade e valor preditivo pelo Método de Yerushalmy.

Foram incluídos no estudo 18 doentes (masc-11), 16 de raça branca, divididos em dois grupos: Grupo A-Infectados (n=13) e Grupo B-não infectados (n=5). Foram estatisticamente significativas no Grupo A em relação ao Grupo B: -Maior taxa de leucorreia no 3º trimestre; -Parto por via vaginal; -Início mais precoce dos sintomas.

Baseados em índices de sensibilidade e especificidade > 80%, concluiu-se para uma população com as características da estudada, o seguinte padrão de probabilidade de infecção por Ct:

- Tosse acessual
- Taquipneia
- Fervores sub-crepitantes e ausência de sibilância na auscultação pulmonar
- Presença de otite sero-mucosa
- Ausência de leucocitose
- Eosinofilia (> 400 cel/mm<sup>3</sup>)
- Hiperinsuflação na radiografia do tórax

A eficácia da colaboração inter-departamental, foi de 100%.

**"PSEUDO-OCCLUSÃO INTESTINAL RECORRENTE"  
- uma apresentação rara de doença celiaca.**

C.Neves, M.Coelho, G.Cordeiro-Ferreira, V.Azevedo, G.Gomes-Costa.  
Hospital de Dona Estefânia - Serviço 1. Lisboa . Portugal.

Second International Congress of Nutrition in Pediatrics. Lisboa. Março 1994.

**RESUMO:** Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 17 meses de idade, com antecedentes pessoais de desaceleração ponderal desde os 6 meses e diarreia desde os 8 meses, transferida de outra Unidade de Saúde por desidratação grave num contexto de invaginação intestinal múltipla e recorrente, motivo pelo qual tinha sido sujeita a várias laparotomias nos dias anteriores.

Durante grande parte do seu internamento, manteve um quadro clínico e radiológico de oclusão intestinal.

Colocou-se a hipótese de Síndrome de Pseudo-obstrução intestinal crónica e a investigação complementar, nomeadamente laboratorial e anatomopatológica, foi compatível com o diagnóstico de doença celiaca.

Instituição de dieta de exclusão, inicialmente administrada gota-a-gota entérica contínua e esterilização medicamentosa do intestino, houve melhoria dos parâmetros clínicos e radiológicos, tendo a criança alta hospitalar após 2 meses, com boa recuperação ponderal.

Contacto: Conceição Neves - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“SALA 1 VERSUS SÍNDROMES ASPIRATIVOS”**

F.Santos, S.Prates, G.Nogueira, D.Barros, L.Teles, M.Coelho, V.Azevedo, O.Rodrigues.  
Hospital de Dona Estefânia - Serviço 1 Sala 1.

Reunião do Serviço 1. Abril 1994.

Palavra Chave: Síndromes aspirativos; Refluxo gastro-esofágico; Primeira infância.

**RESUMO:** A definição de Síndrome Aspirativo (SA), a sensibilidade e especificidade dos exames complementares são temas bastante controversos.

Com o objectivo de avaliar a atitude da Sala 1 do Serviço 1 (Pediatria médica-1ª infância) na abordagem destas situações, os autores afectuaram o estudo retrospectivo de todos os 869 processos clínicos de internamento do biénio 1992-93, seleccionando 114 (12,7%) que cumpriram os critérios de inclusão pré-estabelecidos sugestivos de SA.

As crianças foram divididas em dois grupos homogéneos: Grupo A (n=51) em que durante o internamento tinha sido colocada a hipótese diagnóstica de SA; Grupo B (n=63) em que tal hipótese não foi considerada.

Ao analisarmos o Grupo A verificámos que foram presuntivamente confirmados 56% dos casos suspeitados (todos os casos de aspiração aguda, engasgamento frequente e tosse arrastada ou frequente).

Uma vez que os dois grupos eram homogéneos e os critérios de inclusão comuns, com base na taxa de confirmação de SA no grupo A (56%) pudémos extrapolar que a mesma percentagem de diagnósticos de SA terá ficado por fazer nos doentes do grupo B (56% - 28 casos).

A Ecografia para pesquisa de refluxo gastro-esofágico foi o exame mais requisitado (37 casos - 58,7%), sendo a pHmetria esofágica o exame que permitiu maior taxa de presumível confirmação diagnóstica (50%). Foram efectuados 10 broncoscopias tendo em 2 casos havido confirmação inequívoca de SA (1 amendoin; 1 identificação de lípidos em mácrófagos do LBA).

Verificou-se que a idade e o sexo não influenciaram na suspeita de SA e que no grupo A a maior taxa de confirmação ocorreu no sexo feminino.

Por outro lado, foi elevado o número de casos em que o diagnóstico diferencial com SA não foi colocado, o que leva a concluir que se pensa insuficientemente neste tipo de patologia.

## **“INTERNAMENTO POR DOENÇA FEBRIL NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA”- Análise de dois anos (1986/1993).**

T.Mendonça, L.Torre, L.Pereira, J.Afonso, F.Santos, M.Coelho, O.Rodrigues.  
Serviço 1 - Sala 1 - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Geral do Serviço 1. Novembro 1994.

**RESUMO:** Com o objectivo de analisar a atitude do Serviço 1 Sala 1 (1ª infância) nas situações de doença febril nos primeiros seis meses de vida, os autores efectuaram um estudo retrospectivo dos anos de 1986 e 1993.

Seleccionaram os processos de internamento das crianças com idade inferior a seis meses e que apresentaram febre à admissão e/ou nas primeiras 48 horas (211 doentes em 1986; 197 doentes em 1993 - respectivamente 25,1% e 17,5% do total).

As populações dos dois grupos foram semelhantes em relação à distribuição por sexo (masculino 50%), raça (branca 59%), grupo etário (predomínio das idades entre os 3 e 6 meses) e período sazonal (predomínio nos meses de Novembro a Fevereiro).

Comparativamente a 1986, em 1993 verificou-se um decréscimo dos internamentos por gastroenterite aguda e desidratação e um aumento por infecção respiratória aguda.

Dos exames complementares de diagnóstico efectuados sobressaiu a diminuição do recurso aos exames radiológicos contrastados (10,8% para 1,4%) e o aumento da utilização de ecotomografia (12,8% para 36%).

Em relação às atitudes terapêuticas salientou-se a maior utilização de corticóides na bronquiolite (69% para 95%) mantendo-se quase constante a antibioterapia (69% e 63%). A ampicilina, isolada ou em associação com a netilmicina, foi nos dois anos estudados o antibiótico de primeira escolha.

Verificou-se em 1993 maior utilização das cefalosporinas de segunda geração (9% para 65%).

A demora média de internamento foi de 15,2 dias em 1986 e de 10,2 dias em 1993; as medianas foram, respectivamente, de 10 e 9 dias. Em 1993 e relativamente a 1986, reduziu-se a duração média de internamento nas situações de gastroenterite aguda, de gastroenterite aguda associada a otite média e de bronquiolite.

Contacto: Teresa Mendonça - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“UM CASO DE HEMANGIOMA DO MEDIASTINO”**

R.Silva, J.Baldaia, M.Santa-Rita, A.Duarte.  
Serviço 1 Sala 2 - Hospital de Dona Estefânia.

I Jornadas Hispano-Lusas de Los Hospitales D. Estefânia Y Hospital General Universitario “Gregório Marañón”. Madrid. Outubro 1994.

**RESUMO:** Os autores descrevem pela sua raridade um caso de hemangioma do mediastino com envolvimento da árvore traqueo-brônquica diagnosticado numa criança de 2 meses de idade.

O caso apresentou-se com um quadro de dificuldade respiratória grave tendo a radiografia do tórax revelado alargamento do mediastino.

A execução de ressonância magnética do mediastino, broncoscopia e imunomarcação com Factor VIII conduziram ao diagnóstico.

Actualmente com 7 meses de idade, a criança encontra-se bem.

## **“UM CASO CLÍNICO DE CONVULSÕES”**

I.Afonso, R.Silva, A.Duarte, A.Mota.  
Hospital de Dona Estefânia - Serviço 1.

Reunião de Casos Clínicos. Comunicações da Zona Sul.Sociedade Portuguesa de Pediatria  
Sala de Conferências do Hospital de Dona Estefânia - Novembro de 1994

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de uma criança internada aos 3 meses de idade por convulsões sem febre.

Os exames realizados, dos quais se salienta prova com PTH humana conduziram ao diagnóstico de hipoparatiroidismo.

Contato: Isabel Afonso - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“ENDOSCOPIA INTERVENCIONAL”**

J.Cabral.

Serviço 1 - Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantis.

Reunião Clínica do Serviço 1. Junho 1994.

**RESUMO:** A Endoscopia intervencional tem um papel fundamental no diagnóstico e terapêutica em Gastrenterologia, e é indispensável em muitas situações de urgência.

1) Entre Maio de 1984 e Novembro de 1993 realizaram-se 1879 endoscopias digestivas altas (FDA), das quais 25% foram endoscopias intervencionais (254 dilatações esofágicas, 103 extracções de corpos estranhos, 97 biópsias jejunais e 10 sessões de esclerose de varizes esofágicas). Apresenta-se casuística e iconografia das duas primeiras assim como as indicações e técnica de colocação da Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG).

2) Entre Janeiro de 1987 e Novembro de 1993 realizaram-se 230 colonoscopias durante as quais se efectuaram 39 polipectomias.

Contacto: José Cabral - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“IMPORTÂNCIA DA ENDOSCOPIA NA CRIANÇA COM REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO”**

J.Cabral.

Serviço 1 do H.Dona Estefânia - Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil.

Reunião Clínica do Serviço 1. Junho 1994.

**RESUMO:** Entre Maio de 1984 e Novembro de 1993 foram submetidos a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) 148 crianças por suspeita de esofagite péptica. Estabelece-se a correlação entre a sintomatologia clínica e os achados endoscópicos, concluindo-se que a hemorragia digestiva é o sintoma mais específico de lesão da mucosa, sendo observada em 37 doentes (19 casos com patologia neurológica grave) apresentando 25 doentes esofagite III, 11 esofagite II e 1 esofagite I. Por outro lado, a presença de vômitos sem sintomatologia acompanhante em 71 crianças conduziu a 41 endoscopias normais, a 22 com esofagite I e 8 com esofagite II, tendo estes ecografias com deficiente limpeza do esófago ou pitmetria com RGE patológico.

Avaliou-se a evolução dos doentes sob terapêutica médica e a evolução dos 22 doentes submetidos a cirurgia (todos com fundoplicação de Nissen). Destes foi possível avaliar 4 com mais de 5 anos de cirurgia (sem controlos endoscópicos), apresentando todos esofagite III.

Conclui-se pela necessidade de controlos endoscópicos periódicos nos doentes com esofagite péptica sob terapêutica médica e nos submetidos a cirurgia anti-refluxo, independentemente de terem ou não sintomatologia.

Contacto: José Cabral - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.



## **“MANOMETRIA ESOFÁGICA EM DOENTES COM REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (R.G.E.) E MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS”**

G. Cordeiro-Ferreira G, L. Espinosa.

Unidade de Gastrenterologia - Serviço 1 Sala 2. Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

I Jornadas Hispano-Lusas de Los Hospitales D. Estefânia y Hospital General Universitario “Gregorio Marañón - Departamentos de Pediatría y Cirugía Padiatríca. Madrid. Outubro 1994.

**RESUMO:** A associação entre o R.G.E. e a Patologia Respiratória Recorrente é frequente na idade pediátrica, mas os mecanismos subjacentes a este achado não estão ainda bem esclarecidos.

No sentido de melhor os compreender, estudámos, por Manometria Esofágica, um grupo de 39 crianças (1,5M - 7 anos) com R.G.E. e Patologia Respiratória (Grupo A) comparando-o com outro grupo de 27 crianças também com R.G.E. mas sem sintomas respiratórios e apresentando Esofagite Péptica (Grupo B).

Encontrámos diferenças significativas entre os 2 grupos no que respeita ao tónus do Esfincter Esofágico Inferior (menor no Grupo com Esofágite), sua localização (mais frequentemente intratorácico no Grupo B), e em relação ao Esfincter Esofágico Superior (E.E.S.) um tónus mais hipertónico no grupo com Esofagite e uma presença significativa de Assincronismo Faringo-Esfíncteriano no Grupo A.

Concluimos assim que na presença do R.G.E., a não haver uma protecção suplementar da Árvore Respiratória pela hipertonia do E.E.S., poderão surgir as manifestações respiratórias. Outro mecanismo que terá influência é o Assincronismo Faringo-Esfíncteriano que poderá levar a um maior risco de Aspiração do material deglutido ou refluído.

## **“IMPORTÂNCIA DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E DA PHMETRIA NO SEGUIMENTO DOS DOENTES OPERADOS A ATRÉSIA DE ESÓFAGO”**

J.Cabral - Serviço 1 Sala 2 - Unidade de hepatologia Infantil.

F.Alves, P.Casella - Departamento de Cirurgia Pediátrica.

IX Reunião da Secção de Gastreenterologia e Nutrição Pediátrica da S.Portuguesa de Pediatria Sesimbra. 1994.

**RESUMO:** A endoscopia digestiva alta (EDA) e a pHmetria são dois exames fundamentais para a avaliação e tratamento das principais complicações esofágicas da cirurgia da atresia do esófago: a estenose da zona de anastomose e o refluxo gastro-esofágico (RGE) e suas complicações.

Entre Maio de 1985 e Novembro de 1993 foram submetidos a EDA 38 crianças operadas a atresia do esófago (4 com esofagocoloplastia), com idades compreendidas entre as 3 semanas e os 15 anos no momento da 1ª EDA, tendo 19 sido avaliadas antes dos 3 meses de idade.

20 crianças apresentavam calibre inferior a 7 mm na zona da anastomose, tendo 21 sido submetidas a 54 sessões de dilatação esofágica. Foram necessárias 4 EDAs para remoção de corpos estranhos impactados em igual número de doentes.

9 crianças apresentavam RGE, tendo 3 esofagite III e 4 esofagite I (endoscopia e anatomia patológica).

Foram encontrados pâncreas aberrantes no antro gástrico em 7 crianças (20% de 35 doentes em que se observou o antro).

Os autores aconselham:

- 1) avaliação endoscópica ao mês de idade e dilatação esofágica precoce;
- 2) EDA e biópsia esofágica anual ou cada 2 a 3 anos até à adolescência conforme exista ou não a lesão esofágica;
- 3) pHmetria de 24 horas em todos os doentes com sintomatologia de RGE sem lesão esofágica e/ou sintomatologia respiratória.

Contacto: José Cabral - Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia Infantil - H.D.E.

## **“MUCOVISCIDOSE COM MANIFESTAÇÃO RESPIRATÓRIA EM PERÍODO NEONATAL” — A propósito de um caso.**

S.Lamy, L.Pereira-Silva, J.Oliveira-Santos, J.Videira-Amaral.  
Serviço 1 Sala 3 - UCIN do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia. Janeiro 1994.

**RESUMO:** Os autores descrevem um caso de mucoviscidose com início da sintomatologia respiratória no período neonatal, forma muito rara de apresentação.

Trata-se de uma criança do sexo feminino, raça branca, nascida na sequência de uma gravidez de termo sem complicações. O parto foi eutócico e o índice de Apgar de 9 e 10 ao 1º e 5º minutos de vida. Nasceu com 3420 gramas e 49,5 cm (percentil 75). Esteve internada até ao 5º dia em cuidados intermédios por obstrução nasal intensa com cianose. Foi medicada com ampicilina e gentamicina por via endovenosa, suspensas 5 dias depois por parâmetros laboratoriais de infecção e hemocultura serem negativos.

Teve alta, mas aos 11 dias de vida não só mantinha a obstrução nasal com secreções abundantes e viscosas na orofaringe, como também surgiram episódios de tosse acessual, por vezes emetizante, de agravamento progressivo e com dificuldade em alimentar-se apesar de manter o apetite. Foi administrada amoxicilina/ác.clavulâmico por via oral durante 8 dias, sem melhoria.

Concomitantemente havia dejeções de consistência líquido-pastosa e má progressão ponderal, apesar de suplementar-se o alimento materno.

Foi internada ao 50º dia de vida por agravamento da tosse e dificuldade respiratória, associada a imagem radiológica de hipotransparência no lobo superior direito. No dia do internamento mostrava-se malnutrida, com 2900 gramas, 2,1 mm de prega cûtanea e 80 mm de perímetro braquial (valores < percentil 5).

De entre as hipóteses de diagnóstico admitiu-se a mucoviscidose, que veio a confirmar-se quer pelos valores dos eletrólitos no súr (iontoforese pela pilocarpina), tripsina imuno-reactiva, quimiotripsina e gorduras fecais, quer pelo estudo da biologia molecular-genotipo

F508/G542X. Foi tratada com lavagem bronco-alveolar (isolamento de *Staphylococcus aureus*), antibioterapia, dieta semi-elementar, enzimas pancreáticos e cinesiterapia respiratória.

Discutem aspectos relacionados com a prevalência da doença e as suas formas de apresentação no período neonatal assim como a relevância do estudo da biologia molecular no diagnóstico.

Referem algumas atitudes terapêuticas actuais, as quais têm melhorado a expectativa de vida destes doentes.

Comparam o caso presente com os dois primeiros casos, recentemente publicados, de crianças de pré-termo com insuficiência respiratória manifestada no período neonatal, secundária à mucoviscidose.

Contacto: Sérgio Lamy - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“PROTEINOSE ALVEOLAR PULMONAR NO PERÍODO NEONATAL”**

M.Nunes - Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.

J.Azevedo, J.Oliveira-Santos, J.Videira-Amaral. - Unidade de Recém-Nascidos-H.D.F.

S.Ramos - Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Santa Marta.

M.Silva - Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de São José.

Revista Pediatria. 1994.

Palavras Chave: Proteinose Alveolar Pulmonar; doença respiratória crónica;  
lavagem bronco-alveolar; recém-nascido.

**RESUMO:** A proteinose Alveolar Pulmonar (PAP), descrita inicialmente por Rosen e col., é uma entidade clínica muito rara, que atinge preferencialmente indivíduos do sexo masculino em idade adulta.

O seu aparecimento em idade infantil nomeadamente no período neonatal, é excepcional e, nos poucos casos descritos durante o primeiro mês de vida, é frequente a associação com ausência de timo e infecções oportunistas recorrentes.

O objectivo deste trabalho é relatar um caso clínico de PAP -o primeiro a ser relatado na literatura portuguesa- com um quadro clínico de dificuldade respiratória iniciada no período neonatal.

Os autores descrevem um caso clínico de Proteinose Alveolar Pulmonar de manifestação precoce no período neonatal, com sintomatologia e padrão radiológico semelhantes aos da Doença de Membrana Hialina.

O diagnóstico foi efectuado pelo estudo citoquímico do líquido do lavado bronco-alveolar e da imunidade celular e humoral; o timo e baço eram normais tendo-se excluído existência de imuno-deficiência primária.

Esta entidade, de evolução progressiva debilitante e na maioria das vezes fatal, antes do ano de vida, constitui uma causa muito rara de insuficiência respiratória no período neonatal.

Contacto: João Videira Amaral - UCIN do Hospital de Dona Estefânia..

## **“PARTO PRÉ-TERMO”**

D.Ferreira, M.Caetano, A.Candeias, L.Redondo, T.Netto, M.Serelha, A.Sampaio.

Maternidade Magalhães Coutinho.

UCIN do H.D.Estefânia.

Simposium Internacional de Obstetrícia. Lisboa. Fevereiro 1994.

Consensus no Parto Pré-Termo -Reunião Nacional Inter-Unidades (Secção de Neonatologia da SPP) - Coimbra. Maio 1994.

**RESUMO:** Entre Outubro de 1992 e Outubro de 1993, nasceram na Maternidade Magalhães Coutinho 3166 crianças das quais 221 (7%) tinham idade gestacional inferior a 37 semanas. A idade gestacional média foi de 34 semanas (mediana - 36 semanas; min. - 24 s), e o peso médio ao nascer de 2145 gramas (mediana - 2200g; min. - 600g; máx. - 3760g RNMD). Predominou o sexo masculino - 54,7%. Não houve diferença significativa na incidência de prematuridade quando foram analisados os seguintes parâmetros: “Classe Social” (apesar de uma maior incidência de RNPT (recém-nascido pré-termo) nas classes III e IV da classificação de Graffar adaptada); “Idade Materna”; “Paridade” (apesar de uma maior frequência de RNPT na grande múltipara).

Foi possível identificar factores de risco maternos, em 67,8% dos casos e obstétrico-fetais em 80,7%, verificando-se portanto em muitas situações, sobreposição de factores. Este facto traduz a dificuldade de determinar com precisão a causa mais importante na prematuridade. Dos factores maternos sobressai como mais frequente o aborto anterior, seguido de antecedentes de parto pré-termo e em terceiro lugar, a infecção urinária. Se considerássemos a ausência de cuidados médicos durante a gravidez como um factor de risco de prematuridade ele ocuparia o segundo lugar. No que respeita aos factores obstétricos a rotura prematura das membranas (RPM) foi de longe a condição mais frequentemente encontrada, seguida de longe pela gestação múltipla e pré-eclâmpsia. A prematuridade foi espontânea em 78,7% das situações. As indicações mais frequentes para parto pré-termo electivo foram a pré-eclâmpsia e o atraso de crescimento intra-uterino (ACIU). No que respeita ao tipo de parto, a cesariana foi muito mais frequente no RNPT do que no de termo. O inverso se verificou no que respeitou à aplicação de forceps. A primeira indicação de cesariana foi a “eclâmpsia/pré-eclâmpsia” seguida de “gravidez múltipla”. Com recém-nascidos -44,2%- necessitaram de cuidados intensivos. A patologia mais frequente foi a infecção (16,2%) e as anomalias congénitas (16,7%), seguidas da doença das membranas hialinas (DMII) - 10%. Cerca de 30% dos RN necessitaram de ventilação mecânica e 4,5% foram submetidos a grande cirurgia. Em 36 RN -16,3%- houve hemorragia intra-peri-ventricular (HIPV). A displasia broncopulmonar (DBP) ocorreu em 6,3% do total de RNPT ventilados. Houve 21 óbitos no total dos 221 RNPT (9,5%). As anomalias congénitas constituíram a primeira causa de morte -71,4%. A sobrevivência no RN de idade gestacional (IG) inferior a 29 semanas foi, neste período, de 62,5%, sendo no restante grupo de RNPT de 93,6%. Ao longo dos últimos 3 anos tem-se vindo a assistir a um aumento significativo da sobrevivência de RN com IG < 29 semanas que evoluiu de 10% em 1991 para 33% em 1992 e 66% em 1993. No RN com IG compreendida entre as 33 e as 36 semanas, a sobrevivência ronda os 97%.

Contacto: João Videira Amaral - UCIN do Hospital de Dona Estefânia.

**"PARENTERAL NUTRITION (PN) OF THE NEONATE"  
- a N.I.C.U. experience.**

A.Clinton, A.Costa, A.Berdeja, M.Barros, J.Videira-Amaral.  
SIS3 -NICU - Hospital de Dona Estefânia.Lisboa-Portugal.

2nd International Congress of Nutrition in Pediatrics. Lisboa. Março 1994.

**RESUMO:** Aim: To assess the short term outcome of very lowbirth weight (VLBW) neonates maintained on PN and cared for in a neonatal intensive care unit (N.I.C.U.).

Patients: 38 VLBW neonates (mean gestational age - 29,8-2,4 wks; mean birth weight 1105 - 365 grams) receiving mechanical ventilation since the date of birth. 33 subjects received PN via central line and 5 using a peripheral vein.

Results: The mean age at which PN was begun was 4,3 days; the mean duration of PN was 14,5 - 4,3 days; the mean birth loss nadir was 6,2 - 1,7 days and the mean age of birth weight regaining was 20,5 - 9,4 days. The mean duration of intravenous lipid administration was 7,6 - 6,3 days. The mean age at which supplementary enteral feeding was begun was 5,3 days. This regimen provided a mean daily calorie intake of 40 Kcal/Kg/day (first day), 64,6 Kcal/Kg/day (6th day); 83,2 Kcal/Kg/day (14th day). After regaining birth weight the weight increment of the infants was 24,4 g/day.

The complications that occurred in the 38 patients, under analysis were: hyperglycemia - 10; hypoglycemia - 1; hypernatremia - 3; hyperkalemia - 1; metabolic acidosis - 5; sepsis - 5. In the 14 cases associated problems occurred. The mortality rate was 13,1 %, in none of the deceased infants was there a causal relationship to PN.

Conclusion: Supplementary PN - promoting a higher caloric intake in VLBW infants unable to accept adequate oral feeding can prevent negative nitrogen balance.

Contacto: João Videira Amaral - UCIN do H.D.Estefânia.

**“ARM MUSCLE AREA AS PREDICTOR OF INFECTIOUS EVENT IN NEONATES CARED FOR IN SPECIAL CARE UNITS” -Preliminary results.**

L.Pereira-Silva, F.Lcal, A.Berdeja, J.Videira-Amaral.  
NICU - Hospital de Dona Estefânia.Lisboa-Portugal.

2nd International Congress of Nutrition in Pediatrics. Lisboa.Março 1994.

**RESUMO:** The purpose of this study was to evaluate wheter a decline of arm muscle area (AMA) during the anabolic phase could predict an infectious event in neonates cared for in special care units.

Eleven neonates with birthweight ranging from 780 to 2060 g were included in this study. AMA was calculated according to equations based on the arm circumference and tricipital skin-fold thickness measured prospectively every 2 or 3 days. Clinical, laboratory and radiological data indicative of systemic infection, and any reduction of AMA were retrospectively registered in the period that followed the initial weigth loss and AMA decline.

Referred reductions of AMA were analysed for sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values with regard to the signs of systemic infection.

Our results suggest that the decline of AMA represents a predictive variable for an infectious event which a sensitivity of 100%, a specificity of 50%, a positive and negative predictive values of 63% and 100%, respectively.

The confirmation of these results depends upon the increase of the sample dimension.

## **“POLICITÊMIA NEONATAL” - dados epidemiológicos.**

F.Chaves, F.Leal, F.Barrocas, B.Uva, J.Videira-Amaral.  
Unidade de Recém-Nascidos (UCIN) - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 1. Abril 1994.

Palavras-Chave: Policitemia; hemograma venoso; hematócrito.

**RESUMO:** A policitemia neonatal é um problema corrente e cuja incidência se estima entre 1 e 5% nos recém-nascidos (RN) de termo ao nível do mar. O critério de diagnóstico baseia-se num valor de hematócrito venoso maior ou igual a 65%.

Num período de 6 meses, entre 1/7/93 e 31/12/93, na Maternidade do Hospital de Dona Estefânia em 1584 nados vivos consecutivos foram identificados 164 (10%) RN pertencentes a um destes grupos de risco: Laqueação tardia do cordão, gravidez gemelar, leves para a idade gestacional, drogas (propranolol), mães fumadoras, diabetes materna, trissomas 13, 18 e 21, asfixia perinatal aguda ou prolongada.

Neste grupo de risco, procedeu-se à avaliação de hematócrito venoso em apenas 77 (47%) RN, tendo-se obtido em apenas 10 RN um valor de hematócrito superior a 65%, correspondendo ao diagnóstico de policitemia. Três dos casos foram sintomáticos com dificuldade respiratória, eritrose, tremores, irritabilidade, sendo os restantes 7 casos formas assintomáticas.

Os autores procedem à análise crítica da actuação diagnóstica e terapêutica, tendo concluído que se procedeu a número insuficiente de avaliações de hematócrito venoso, ou seja, apenas 47% do total do grupo de risco.

Contato: Fernando Chaves - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.



## **“HEMORRAGIA INTRA-PERIVENTRICULAR” - Estudo evolutivo 1986-1994.**

B.Nona, F.Leal, L.Duarte.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

V Jornadas de Pediatria do Hospital de Cascais. Maio 1994.

**RESUMO:** Objectivo: Avaliar a incidência de hemorragia intra-periventricular (HIPV) grave no RN e respectivas sequelas.

**Material e métodos:** Foi efectuada a análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os RN com o diagnóstico ecotomográfico de HIPV de grau III e IV, internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia no período de 1 de Janeiro de 1986 a 30 de Setembro de 1994 (8 anos e 9 meses). Foi utilizada a classificação de HIPV de Papile, Burstein e al. Procedeu-se igualmente à revisão dos processos clínicos dos sobreviventes seguidos na Consulta de Neonatologia (adstrita à Unidade), no que diz respeito à avaliação do desenvolvimento psicomotor e avaliação oftalmológica e audiológica.

**Resultados:** Nos 8 anos e 9 meses estudados foram internados na Unidade 2427 RN dos quais 413 (17%) corresponderam a RN de muito baixo peso (MBP). A HIPV grave (grau III-IV) ocorreu em 42 RN. Destes, 28 (67%) tinham peso de nascimento abaixo dos 1500 gramas.

Os óbitos ocorreram em 21 RN, dos quais 15 (71%) eram de MBP.

Dos 21 sobreviventes, são seguidos na nossa consulta 8 RN. Destes, 6 apresentam défices motores (3 tetraparésia espástica, 2 hemiparésia direita e 1 diplegia espástica) e 2 atraso de desenvolvimento psicomotor considerado ligeiro.

**Conclusão:** Do total de RN com HIPV grave, 67% são RN de MBP. Em 71% dos óbitos o peso de nascimento foi inferior a 1500 gramas. Em relação à morbilidade, esta foi elevada nas 5 crianças com HIPV de grau IV (3 com tetraparésia espástica, 1 com diplegia espástica e 1 com hemiparésia direita). Os resultados globais desta série são semelhantes aos descritos na literatura consultada.

Contacto: Frederico leal - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - H.D.Estefânia.

## **“HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA”**

### **\* Casuística de 10 anos da U.C.I.N. do Hospital de Dona Estefânia.**

M.Serelha, M.Tavares, M.Neto, E.Souares, J.Videira-Amaral.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de Dona Estefânia

XI Jornadas de Neonatologia - Cirurgia Neonatal - da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Mesa redonda sobre Hérnia Diafragmática Congénita - casuística das Unidades em Portugal. Lisboa. Maio 1994.

**RESUMO:** Os autores fizeram a revisão casuística dos casos de Hérnia Diafragmática Congénita admitidos nos últimos 10 anos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia.

De Janeiro de 1984 a Dezembro de 1993 foram admitidos nesta unidade 53 recém-nascidos com hérnia diafragmática congénita tipo Bochdalek.

Foi feita a revisão dos processos clínicos destes RN, incidindo na pesquisa sobre os índices de gravidade clínicos e clínico-radiológicos, fármacos utilizados e mortalidade. Predominou o sexo masculino e 73,6% dos RN foram admitidos do exterior. Apenas 39,6% das mães (21/53) realizaram ecografia obstétrica e em 10 destas (47,6%), foi feito o diagnóstico pré-natal de hérnia diafragmática. Em 54,7% dos RN houve asfixia perinatal. A dificuldade respiratória teve início antes das 6 horas de vida em 81,1% dos RN mas, destes, 72,1% tiveram início imediato dos sintomas.

A hérnia localizava-se à esquerda em 77,4% das crianças e em 62,3% o estômago localizava-se no tórax. Em 13,2% havia pneumotorax antes da intervenção cirúrgica, e em 30,2% após esta. Em 34% dos RN foram detectadas anomalias associadas, predominantemente cardiovasculares (15,1%) das quais a mais frequente foi a coartação da aorta (CoAo) e a comunicação interventricular (CIV) com 3 casos cada. As malformações do aparelho digestivo foram atresia do esófago, imperfuração anal, atresia das vias biliares e hérnia do hiato. Em 4 casos não foi possível proceder à correcção cirúrgica da anomalia por não terem sido atingidas as condições de estabilidade necessárias à sua realização, tendo as crianças vindo a falecer poucas horas após a admissão. Dos RN operados 25 faleceram -mortalidade de 42,9%.

Todos os RN com I.R. (Índice Radiológico) > 6 e I.O. (Índice de Oxigenação) > 40 faleceram. A mortalidade foi também muito elevada quando ao I.R. elevado se associava a um I.V. (Índice Ventilatório) também elevado. O I.V. superior a 1000 e o I.O. superior a 40 tiveram valor preditivo de morte.

Contacto: João Videira Amaral - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do H.D.Estefânia.

## **“ESTUDO EVOLUTIVO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO - 1986-1993”**

L.Duarte, F.I.cal.

Serviço 1 Sala 3 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia

Progressos em Pediatria - Desenvolvimento a Criança de Risco Perinatal - Hospital Garcia da Orta. Dezembro 1994.

**RESUMO:** Objectivo: Apresentar o estudo longitudinal dos recém-nascidos de muito baixo peso e respectivas disfunções no desenvolvimento ao longo de 8 anos.

Material e métodos: Foi efectuada a análise retrospectiva dos processos clínicos da Consulta dos Recém-Nascidos de muito baixo peso anteriormente internados na Unidade de Cuidados Intensivos e enviados a esta Consulta no período de 1 de Janeiro de 1986 a 31 de Dezembro de 1993.

A idade de gestação em semanas da população estudada foi de 30,3 +/- 2.39 com limites de 25-36 e o peso médio em gramas foi de 1310 +/- 212, com limites de 628 - 1489.

A idade média em meses da 1ª consulta foi de 3,6 +/- 1,2 com limites de 2 -10.

A avaliação do desenvolvimento nas diversas idades foi feita pelos métodos de Mary Sheridan, Griffiths e Rennel. A classificação das Hemorragias intraperiventriculares foi a de Papile e Bernstein e a das disfunções segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde.

Resultados: Do total de 2207 recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Intensivos neste período 318 (14,9%) correspondem a recém-nascidos de muito baixo peso (< 1500 gramas) e 86 (3,9%) a de muito muito baixo peso (< 1000 gramas). A mortalidade foi de 33,3% e 62,8% respectivamente.

Seguimos na Consulta 108 (50,9%) dos sobreviventes de muito baixo peso e 28 (87,5%) dos de muito muito baixo peso.

Em relação às disfunções verificadas 25,7% dos recém-nascidos de muito baixo peso evidenciaram sequelas consideradas graves e 20,3% classificadas como doença motora cerebral, sendo a mais frequente a diplégia espástica. A diplégia espástica esteve mais frequentemente associada à leucomalácia periventricular quística ou de localização posterior e ou associada a atrofia cortical.

Contacto: Leonor Duarte - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - H.de Dona Estefânia.

## **“UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA” - Casuística de 10 anos.**

M.Serelha, M.Netto, M.Tavares, J.Videira-Amaral.

Serviço 1 Sala 3 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia.

I Jornadas Hispano-Lusas de los Hospitales D. Estefânia y Hospital General Universitario “Gregorio Marañon”. Madrid. Outubro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam uma retrospectiva do trabalho desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia, durante os 10 anos da sua existência (1984-1993).

Neste período foram admitidos 2645 recém-nascidos (RN), dos quais 15% eram de muito baixo peso (RNMBP).

O total de RN admitidos a ventilação mecânica foi de 1263, correspondendo a 47,8% dos admitidos. A ventilação foi mais frequente no grupo ponderal < 1000 gramas (92,2%) e entre 1000 e 1500 gramas (76%).

Em 12,2% dos RN foi efectuada grande cirurgia.

A incidência de displasia broncopulmonar no RNMBP ventilado foi, no referido período, 15,8%.

A mortalidade na unidade evoluiu de 25% em 1984 para 8% em 1993.

As anomalias congénitas constituíram a primeira causa de morte, seguida de muito perto pela infecção.

A abertura da unidade de cuidados intensivos neonatais teve enorme repercussão na mortalidade da maternidade a que dá apoio, a qual tem actualmente uma média de 3200 partos/ano. Assim, assistiu-se a uma diminuição da mortalidade perinatal de 28,1/1000 nados-vivos + fetos mortos em 1984 para 11,5/1000 NV+FM em 1993. Por sua vez a mortalidade neonatal precoce desceu de 10,6/1000 NV+FM em 1984 para 4,2/1000 NV+FM em 1993.

Contacto: João Videira Amaral - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do H.D.E.

## **“DESCOLAMENTO DA PLACENTA E LESÃO CEREBRAL NO R.N. (Diagnóstico ecográfico)”**

B.Nona, F.Leal, L.Duarte.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

II Jornadas do Serviço de Pediatria - “A Pediatria pela Imagem”. Hospital de Santa Maria - Universidade de Lisboa. Outubro 1994.

**RESUMO:** Objectivo: Avaliar a incidência de lesão cerebral diagnosticada por ecotomografia transfontanelar nos recém-nascidos com idade gestacional  $\leq 34$  semanas com antecedentes perinatais de descolamento da placenta.

**Material e métodos:** Foi efectuada a análise retrospectiva de todos os RN (n=33) com os antecedentes referidos, internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia no período de 1 de Janeiro de 1991 a 31 de julho de 1994 (3 anos e 7 meses).

Foi escolhido de forma aleatória um grupo controlo com a mesma idade gestacional (n=34). A análise estatística foi efectuada através do método do Qui-Quadrado.

**Resultados:** No grupo com antecedentes de descolamento da placenta a incidência de RN com peso  $< 1500$  gramas foi de 63,6% enquanto que no grupo controlo foi de 50%. Os principais diagnósticos em ambos os grupos foram o S.D.R. tipo I e a Imaturidade.

O surfactante e a indometacina foram utilizados respectivamente em 27% e 18% dos RN no 1º grupo e em 18% e 15% no 2º grupo.

A incidência de lesão cerebral grave no grupo de antecedentes de descolamento da placenta foi de 30,3% e no grupo controlo foi de 21%.

A hemorragia intraperiventricular de grau III-IV, a hemorragia do cerebelo, a leucomalácia periventricular e o enfarte isquémico foram os diagnósticos ecográficos efectuados.

**Conclusão:** A análise dos resultados pelo método do Qui-Quadrado não evidenciou diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos estudados, não tendo sido encontrada uma relação entre lesão cerebral no RN e antecedentes de descolamento da placenta.

## **"CRANIAL ULTRASOUND ASSESSMENT OF GESTATIONAL AGE" - An NICU experience.**

A.Clington, L.Duarte, A.Costa, J.Videira-Amaral.  
NICU-S1S3, Dona Estefânia Hospital, Lisboa, Portugal

Workshop on Neonatology. Roma. Outubro 1994.

**RESUMO:** Once there are important identifiable changes in the cerebral surface from the 24th to the 34th week of gestation, cranial ultrasonography can be a noninvasive method of studying those important changes in the neonatal period as a reasonable alternative to other methods for assessment of gestational age with minimal disturbance in NICUs.

The aim of this study was to compare the accuracy of cranial ultrasonography for assessment of gestational age of low birth weight infants with other classical methods (Malina's), Ballard's and the date of the mother's last period.

In 70 infants admitted to our NICU, ultrasound scans were carried out during the first 3 days of life.

A scoring system devised by Murphy, Rennie and Cooke, based on anatomical and ultrasound appearances, was used. For each patient the gestational age was assessed by the other above-mentioned methods as well with the collaboration of different observers.

A better correlation between the accurate gestational age and the method of assessment was obtained with the ultrasound score ( $r=0,834$ ) versus Malina score ( $r=0,775$ ) and Ballard score ( $r=0,713$ ).

In summary, according to our NICU experience, real-time ultrasound seems to be an accurate and reproducible method of assessing gestational age in low birth weight infants requiring minimal handling.

Contacto: João Videira Amaral - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do H.D.Estefânia.

## “ALIMENTAÇÃO E ECN”

J.Videira-Amaral, M.Serelha.

Unidade de Cuidados Intencivos Neonatais - Serviço 1-Sala 3 - H.Dona Estefânia - Lisboa.

Iª Reunião Ibérica de Neonatologia. Lisboa. Mesa redonda - Nutrição no RNMBP.

Outubro 1994.

**RESUMO:** A enterocolite necrosante (ECN) constitui a emergência mais comum do tracto digestivo no período neonatal. Existe grande controvérsia quanto aos chamados factores de risco desta entidade clínica, centrando-se a sua patogénese, (complexa e incompletamente compreendida) essencialmente, em três grandes factores interligados: isquémia intestinal, microorganismos patogénicos e factores intraluminais (alimentação entérica). Nesta comunicação aborda-se o papel da alimentação entérica na génese da ECN.

Para a compreensão do problema focam-se aspectos fundamentais relacionados com a colonização e com o processo ontológico normal de desenvolvimento do mesmo, este último favorecido pela chamada “alimentação entérica mínima” com implicações práticas importantes.

De facto, os chamados factores intraluminais (por exemplo fórmula hiperosmolar, aditivos que aumentam a osmolalidade, incrementos rápidos da provisão entérica originando distensão gástrica significativa, etc) estão intimamente relacionados com a imaturidade dos mecanismos de defesa intestinal conduzindo a uma colonização bacteriana aberrante e comprometendo a resposta à agressão por toxinas bacterianas.

Por sua vez, a produção de mediadores inflamatórios desencadeada pela hipóxia e/ou toxinas bacterianas constitui um mecanismo importante de lesão intestinal. A produção de radicais de oxigénio secundária a isquémia-reperfusão ou a neutrófilos activados contribui para agravar a lesão já estabelecida.

No fim da exposição dá-se conta da experiência da nossa unidade no que respeita à ECN. No período de 8 anos (1986-1993) a prevalência de ECN na UCIN foi 1,9% (44 casos /2207 RN admitidos), respectivamente 17/318 (5,3%) no subgrupo de muito baixo peso (RNMBP) (<1500 gramas) versus 27/1889 (1,4%) no subgrupo de peso > 1500 gramas ( $p<0,001$ ).

A mortalidade por ECN também foi significativamente superior nos RNMBP (23,5%) relativamente aos RN de peso >1500 gramas (11,1%) ( $p<0,05$ ).

Por fim passam-se em revista diversas estratégias de alimentação enteral aplicáveis no RNMBP (incluindo a utilizada pela nossa equipa) visando a sua prevenção, com especial ênfase para o papel do leite materno fresco e para as técnicas que contribuem para estimular os mecanismos de defesa intestinal e diminuir a colonização bacteriana aberrante.

Contacto: João Videira Amaral - Unidade de Cuidados Intencivos Neonatais do H.D.Estefânia.

## **“INFECCÃO NO RNMBP”- Aspectos epidemiológicos.**

M.Neto.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Hospital de Dona Estefânia

XII Jornadas de Neonatologia - 1ª Reunião Ibérica de Neonatologia. Lisboa. Outubro 1994.

**RESUMO:** De todos os riscos infecciosos o Muito Baixo Peso (MBP) é considerado o mais significativo. A prematuridade traduz por si mesma um risco, já que pode ter sido por infecção materna. Segue-se um internamento prolongado de um recém-nascido (RN) pré-termo, frequentemente doente, com imunidade imatura, barreiras débeis contra a infecção, que facilmente serão quebradas, e que vai ser sujeito a ventilação mecânica prolongada, cateterismos centrais de longa duração, vários cursos de antibioterapia de largo espectro, alimentação parentérica total e transfusão de derivados sanguíneos de múltiplos dadores. Precocemente será colonizado, não com os microorganismos da mãe, mas com os da unidade, altamente seleccionados e com resistências múltiplas. Daqui resulta que, se a infecção precoce, habitualmente provocada por microorganismos que colonizam o tracto genital materno, é mais frequente que no RN de outros grupos ponderais, a infecção tardia é ainda muito mais frequente. Foi diagnosticada infecção em 55% dos 318 RNMBP admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de Dona Estefânia (HDE) nos últimos 8 anos. A sépsis precoce ocorreu em 9,7% daqueles RN enquanto a sépsis tardia surgiu em 11,9%. Em 13,5% dos RNMBP houve pneumonia. Foi diagnosticado apenas um caso de meningite. O principal agente da septicémia precoce pertenceu à família das Enterobacteriaceae, predominando o género *Enterobacter*. Na septicémia tardia verificou-se predomínio do *Staphylococcus* (75%) sobretudo o *Staph. epidermidis* (16/18 - 88,9%). O *Streptococcus* foi isolado, ou considerado como agente muito provável de infecção em 7 RN, 3 dos quais tiveram doença provocada pelo *Streptococcus B*. O RNMBP é muito vulnerável à infecção por fungos atendendo a vários dos condicionalismos atrás referidos. O mais frequentemente implicado é a *Cândida* que pode provocar infecção sistémica em 3 a 4% daqueles RN com mortalidade muito elevada. O sub-grupo de RN em causa é dos mais susceptíveis à infecção por CMV adquirida por via transfusional. A sua prematuridade impediu a aquisição de anticorpos maternos protectores, mesmo que a mãe seja IgG CMV positiva. Tem sido provado que a desleucocitação dos derivados sanguíneos diminuiu a possibilidade de transmissão daquela infecção pelo que, na impossibilidade de transfundir estes RN com sangue CMV negativo, o produto deve ser desleucocitado. O *Ureaplasma urealyticum* coloniza frequentemente o tracto genital da mulher em idade fértil (40 a 80%). Para além de ser implicado na génese do parto pré-termo, pode ser transmitido por via vertical e provocar doença no RN. Com frequência crescente este agente tem sido relacionado com a presença de pneumonia, hipertensão pulmonar persistente e displasia broncopulmonar no RN. A sua pesquisa está indicada no RNMBP ventilado, na pneumonia que não responde à antibioterapia habitual ou se há alterações do LCR sem agente isolado. Para além da morbilidade, deve ser tomado em consideração o peso da infecção na mortalidade do RNMBP. A infecção foi causa de morte de 28 dos 106 RNMBP falecidos na UCIN do HDE nos últimos 8 anos (26,4%). O agente foi conhecido em 19 dos 28 RN.

Contacto: Maria Teresa Neto - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do H.D.Estefânia.



## **“CUIDADOS PERINATAIS EM LISBOA (PERINATAL CARE IN LISBON)”**

J.Videira -Amaral, M.Neto, M.Tavares, M.Scrclha, O.Aparício, J.Coutinho.  
Serviço 1 Sala 3 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do H.D.Estefânia

XVII Jornadas Nacionais de Pediatria.Macau. Dezembro 1994.

**RESUMO:** The quality of perinatal care, in particular that of special neonatal care is determined by the needs of the neonatal population within a geographical region, related to medical facilities (resources, staffing, professional competence). Obviously the supply should meet the demand. This review will present figures about classical parameters representative of perinatal care in Portugal and Lisbon area capital of the country. Portugal as a population of 9.862.540 including the Lisbon district with 2.048.180 inhabitants. The natality rate as decreased through the years: 142.805 live-birth in 1984 and 113.960 in 1993. In Lisbon there were, respectively 25.949 and 22.783 live-birth. The national infant mortality was 16.7/1000 in 1984 and 8.6/1000 in 1993 (data in Lisbon: 14,4/1000 and 8,0/1000 respectively). Concerning the perinatal mortality the following data were obtained: Lisbon/1984=16,3/1000 and Lisbon/1993=11,5/1000. Lisbon capital acts as a referral center for intensive care of ill neonates born in Lisbon area and in the south districts of the country as well. By other words Lisbon metropolitan area is provided with 5 NICUS (total of 36 intensive care cots) in connection with 13 main referring district hospitals (level II facilities) delivering 50.000 per years (data from 1993). As important milestones of the national perinatal health care panorama, it is important to emphasise the development of primary care, the improvement of prenatal surveillance and better neonatal resuscitation, the improvement of technical and human conditions of care, the starting of the neonatal transport system, the development of NICUs and the role of the National Maternal-Child Health Care Committee. As the author is member of one of the level III/specialized perinatal hospital in Lisbon (Dona Estefânia Maternity Hospital) some more detailed data from this institution will be given as follows: # Mean deliveries/year: 3.431 (v.s. Alfredo Costa Maternity: 9.500; Santa Maria Hospital: 2.666; S.Francisco Xavier: 3.003; Garcia Orta Hospital: 2.700, the remaining four level III institutions). # Standard perinatal mortality (PNM): 11,6/1000; total PNM: 17,8/1000 (data from year 1993); # No prenatal care: 8,8%; Black race mother: 13,5%; # Prematurity: 6,1%; Low birth weight: 7,5%; # Very low birth weight (<1.500 gr.): 1,1%; # IUGR: 3,9%; # Twin pregnancy: 1,8%; # Transfer rate to NICU: 4,5%; # Cesarean section: 23,5%; # Drug abuse in pregnancy: 0,85%; # Screening in pregnancy positive for -\*toxoplasmosis: 39,1%; \* rubella: 84,3%; hepatitis B: 1,8%; \*syphilis: 1,3%; \*HIV: 0,9%. As regional organization of perinatal care develops, much emphasis will be placed on the assessment of result in terms of survival rate and the incidence of mortality. Wide differences in the pattern of referral between hospitals will make meaningful comparison of results difficult. The causes of neonatal death through ten years in the author's institution are analysed. A proper analysis of the results of intensive care, particularly its influence on long term handicap, can only be made with detailed knowledge of social and obstetric factors that also influence the outcome in babies.

Contacto: João Videira Amaral - UCIN do H.D.Estefânia.

## "CATETERISMO DOS VASOS UMBILICAIS"

J.Estrada, M.Serelha, M.Sousa, J.Videira-Amaral.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Serviço 1 - Hospital de Dona Estefânia.

Revista Portuguesa de Pediatria. 1994.

Palavras-Chave: Recém-nascido; cuidados intensivos neonatais; cateteres umbilicais; vasos umbilicais

**RESUMO:** No âmbito da assistência a RN em estado crítico em UCINs, o cateterismo da artéria e veia umbilicais constituem uma prática corrente.

O objectivo deste trabalho foi avaliar retrospectivamente complicações destas técnicas. Do total de 288 RN admitidos para a UCIN do Hospital de Dona Estefânia (Serviço 1) - Lisboa, foi estudado o contingente de 113 (39,2% do total) em que tais técnicas foram executadas.

O cateterismo da artéria umbilical (CAU) executado segundo a técnica da extremidade em posição alta -acima da origem do tronco celíaco- foi executado em 80 RN (70%), o cateterismo da veia umbilical (CVU) em 11 RN (9,7%) e o cateterismo duplo em 22 (19,5%).

O peso e idade gestacional médios da população estudada eram, respectivamente, 1 867 gramas e 32,9 semanas. As idades médias de internamento na execução do cateterismo foram, respectivamente de 4,7 horas e 3,7 horas pós-internamento. Os tempos médios que os cateteres ficaram colocados foram de 4,4 +/-3,1 dias para o CAU e 2,6+/-1,7 dias para o CVU.

A incidência global de complicações detectadas foi de 19/102 (18,6%) nos CAU e 3/33 (9,1%) nos CVU. Globalmente (CAU+CVU) a incidência de complicações mecânicas e infecciosas, foi de 5/113 (4,4%) e 3/113 (2,6%) respectivamente.

No período de estudo evolutivo -3 anos- não se verificaram complicações, nomeadamente no grupo dos CVU (hipertensão portal ou cavernoma da porta).

Na série estudada não se verificaram óbitos relacionados com as técnicas, nem complicações atribuíveis ao uso de fármacos via cateter, no entanto, o nosso estudo confirma que as referidas complicações não deixam de ser relevantes.

Contacto: João Videira Amaral - UCIN do H.D.Estefânia.

**“AS ÁREAS ADIPOSITIVA E MUSCULAR BRAQUIAIS NA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO”**  
**- Resultados preliminares.**

L.Pereira-Silva, A.Berdeja, L.Ventosa, F.Leal, A.Clinton, J.Videira-Amaral.  
Hospital de Dona Estefânia - Serviço 1 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Lisboa.  
Revista Portuguesa de Pediatria. 1994.

Palavras-Chave: Área adiposa braquial; área muscular braquial; avaliação nutricional; perímetro braquial; prega cutânea tricipital; recém-nascido de baixo peso.

**RESUMO:** Procura-se avaliar, por intermédio de um estudo retrospectivo, o valor da área adiposa braquial (AAB) e da área muscular braquial (AMB) na apreciação do estado nutricional de recém-nascidos (RNs) de baixo peso (BP) (PN<2599g) internados em unidades de cuidados especiais.

No estudo foram incluídos 14 RNs com as seguintes características -peso de nascimento (g):  $X = 1327,2 \pm 415,7$  e idade gestacional (semanas):  $X = 31,4 \pm 2,8$ .

A amostra foi dividida em 3 grupos ponderais: I) < 1000=5, II) 1000-1499 = 4, III) 1500-2499 = 5.

Os parâmetros somatométricos analisados incluíram o peso e as referidas áreas braquiais, calculadas a partir de equações baseadas no perímetro braquial e na prega cutânea tricipital. Foram registadas as provisões de macronutrientes efectuadas na véspera da antropometria.

Apesar de a pequena dimensão da amostra não ter permitido o tratamento estatístico dos resultados, os dados obtidos sugerem que:

- A evolução ponderal fornece uma indicação insuficiente do estado nutricional, dado que em várias ocasiões se verificou diminuição quer da AAB, quer da AMB, em pleno período de ganho de peso e, vice-versa.
- Quanto menor é o peso de nascimento, mais demorada parece ser a recuperação do peso e das áreas braquiais (dias): I) peso 9,8; AMB 11,8; AAB > 12. II) peso 8,5; AMB 9,5; AAB > 12,7. III) peso 7,8; AMB 9,0; AAB 9,8.
- Quanto menor é o peso de nascimento, maiores parecem ser as necessidades de calorias e de proteínas para a recuperação da AMB: I) 1,9g/Kg/d; 60 cal/Kg/d. II) 1,6g/KG/d; 57,5 cal/Kg/d. III) 1,4 g/Kg/d; 56,4 cal/Kg/d.

## **“DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DE ALGUMAS SITUAÇÕES INFECCIOSAS NA GRAVIDEZ E PERIPARTO”**

M.Netto, S.Azevedo, A.Lacerda.

Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Reunião Inter-Unidades. Maio 1994.

**RESUMO:** Assiste-se actualmente a uma inversão de valores no que respeita à prioridade de análises a realizar durante a gravidez. É frequente vermos uma grávida com o HIV determinado mas sem que tenha sido pedido VDRL. Há também uma falta de convicção de que o pedido de exames complementares de diagnóstico é realmente importante neste período da vida de uma mulher.

Os casos de sífilis congénita não ocorrem somente nas situações de gravidez não vigiada. Eles acontecem também na gestação com 4 ou mais consultas em que o VDRL pedido no 1º trimestre foi negativo.

Outras situações podem acontecer, nomeadamente está documentada a seroconversão de uma grávida no que respeita à toxoplasmose e não terem sido desencadeados esforços para realizar a terapêutica actualmente aceite como a única disponível.

Neste trabalho de 52 páginas tenta-se sistematizar atitudes práticas a tomar perante algumas destas situações infecciosas que atingindo a grávida podem pôr em risco a vida do feto e do RN como sejam a sífilis, toxoplasmose, rubéola, algumas hepatites virais, o vírus da imunodeficiência humana, a varicela, CMV, herpes simplex e gonorreia.

No início de cada capítulo faz-se uma introdução teórica sucinta de modo a tornar perceptíveis as linhas de actuação, passando depois aos meios de diagnóstico e terapêutica na grávida e no RN e às medidas de isolamento, necessárias ou não, de acordo com a patologia.

Contacto: Maria Teresa Netto - UCIN do H.D. Estefânia.

## **“LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR NO RN DE PRÉTERMO” (Estudo Ecográfico e evolução clínica)**

T.Morcno, L.Duarte.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

**RESUMO:** Objectivos: Avaliar a incidência de leucomalácia periventricular (LPV) no RN de prétermo e respectivas sequelas.

Material e métodos: Foi efectuada a análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os RN de prétermo, com o diagnóstico de LPV por ecotomografia transfontanclar, internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia no período de 1 de Janeiro de 1989 a 31 de Dezembro de 1993 (5 anos). Procedeu-se igualmente à revisão dos processos clínicos dos sobreviventes, seguidos na Consulta de Neonatologia adstrita à unidade, no respeitante ao desenvolvimento psicomotor e sensorial, oftalmológico e audiológico.

Resultados: Nos 5 anos estudados, foram internados na Unidade 1345 RN, correspondendo a 47,5% da RN de prétermo. Nestes foi diagnosticada LPV em 112 (17,5%). Cinquenta e dois por cento destes doentes pertenciam ao grupo de idade gestacional compreendida entre as 28 e 32 semanas. Registaram-se 9,8% de óbitos, 36,6% dos doentes tiveram alta da unidade para o médico assistente e 53,6% foram seguidos posteriormente na Consulta de Neonatologia. Deste grupo 33,3% evidenciaram um desenvolvimento psicomotor adequado, sequelas ligeiras e moderadas foram encontradas em 41,2%, e 25,5% dos casos foram consideradas como tendo sequelas graves.

Os casos de prognóstico mais reservado estavam relacionados na sua maioria com lesões na região occipital e/ou lesões quísticas.

Conclusão: Na série estudada, de acordo com outros estudos anteriores, apenas as crianças com leucomalácia periventricular posterior ou quística evidenciaram sequelas consideradas graves.

## **“PROBLEMAS ÉTICOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS” - A propósito de três casos exemplares.**

L.Duarte, M.Neto.

Serviço 1 Sala 3 do Hospital de Dona Estefânia - UCIN.

Reunião clínica do Serviço 1. 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam 3 casos clínicos de recém-nascidos de termo sem autonomia respiratória de etiologia diversa: enfarte com destruição do bulbo, síndrome de hipoventilação alveolar e secção medular, vivendo artificialmente 2 a 3 meses com esperança nula de sobrevivência autónoma.

A apresentação destes casos mostra-nos que em Neonatologia a intensidade dos dramas que envolvem a Criança, os Pais e a Equipa são uma preocupação diária.

O mais importante é questionarmo-nos, trabalhando em equipe, tomar o tempo necessário para a decisão mas não tão longo que seja prejudicial e de sofrimento para a Criança.

Algumas questões se põem - Quais as situações específicas em que se discute? Quais os intervenientes no drama? Quais os itens para uma reflexão ética?

Na verdade há algumas regras que na prática vão ajudar na decisão. Não há protocolos nem critérios rígidos - apenas itens, porque acima de tudo a discussão é sempre individual.

Como consequência disto também é verdade que se hoje é possível com a tecnologia fazer sobreviver mais, também devemos saber parar e não fazer sobreviver crianças a qualquer preço com sequelas gravíssimas.

O tempo deve ser o suficiente para obter as informações e fazer o diagnóstico. A decisão de interrupção da reanimação deve ser de ordem médica, mas deve ser em equipe depois de discutidos os elementos clínicos, a esperança de vida, o grau de sofrimento, o peso das sequelas e a aceitação da família.

Em resumo, nestes três casos apresentados, houve uma ocupação prolongada de postos de intensivos com esperança nula de sobrevivência autónoma, e um sofrimento da criança e parental mantido, com grave repercussão na sobrevivência do casal.

Contacto: Leonor Duarte - UCIN do Hospital de Dona Estefânia.

## “PROFILAXIA DAS DOENÇAS HEREDITÁRIAS DO ERITRÓCITO”

S.Lamy, L.Braga, P.Pacheco, J.Lavinha, G.Gomes-Costa, N.Cordeiro-Ferreira.

Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

Departamento de Genética Humana do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

VIII Jornadas Pediátricas do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa. Janeiro 1994.

Reunião Clínica do Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia. Março 1994.

XXX Cursos de Progresos y Terapêutica en Pediatría. Barcelona. Junho 1994.

I Symposium International Y Cirurgia Pediátrica. Madrid. Outubro 1994.

**RESUMO:** Pretende-se esclarecer a prevalência que as doenças hereditárias do eritrócito têm não só ao nível mundial e europeu como também ao nível do nosso país e da consulta de hematologia pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

São realçados os aspectos que condicionam a morbilidade associada a estas doenças crónicas, quer do ponto de vista da sua própria evolução natural como da própria terapêutica instituída.

São referidas atitudes consensuais do ponto de vista profilático e terapêutico adoptadas neste tipo de doenças crónicas.

Assume-se o diagnóstico pós-natal como de extrema importância, possibilitando diagnosticar-se casais de risco e implementar medidas privilegiando o aconselhamento destes casais quanto à característica genética de que são portadores e pondo à sua disposição meios de diagnóstico seguros na caracterização da sua descendência antes do nascimento (diagnóstico pré-natal), com base num estudo da biologia molecular.

Conclui-se realçando os programas de prevenção, sem os quais se torna impossível o decréscimo da incidência destas doenças, nomeadamente nos países de forte prevalência.

## **“SÍNDROMA DE IMERSLUND-GRASBECK”**

G.Henriques, L.Braga.

Hospital de Dona Estefânia - Serviço 1 Sala 4.

Reunião do Serviço 1. Janeiro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de Síndrome de Imerlund-Grasbeck em criança de 6 anos de idade, sexo masculino, com anemia megaloblástica por má-absorção selectiva de vitamina B12, sem alteração do factor intrínseco e do ácido clorídrico-gástrico, associada a proteinúria persistente benigna.

Foi instituída terapêutica parentérica mensal com vitamina B12, com rápida normalização dos valores hematológicos. Persiste no entanto uma proteinúria assintomática sem lesão da função renal.

O estudo familiar mostrou valores normais de vitamina B12.

Fez algumas considerações teóricas, atendendo à raridade desta patologia.

Contacto: Graça Henriques - Serviço 1 do H. D. Estefânia.



## **“FEBRE REUMÁTICA - Uma patologia nem sempre longe do nosso quotidiano.**

I.Afonso, M.Calha, S.Pinto, H.Flores, M.Brito, T.Almeida, L.Trindade, O.Freitas, A.Cruz A.  
Serviço 1 - Sala 4 do Hospital de Dona Estefânia.  
A.Macedo - Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.

Reunião Clínica do Serviço 1. Maio 1994.

**RESUMO:** Nos últimos anos tem sido referido na literatura um aumento do número de casos de febre reumática o que também se verifica entre nós.

Nos últimos meses (Junho/93 a Março/94) no Serviço 1 Sala 4 foram internadas 3 crianças com este diagnóstico.

Após apresentação dos mesmos e com a colaboração do Serviço de Cardiologia Pediátrica, faz-se uma breve revisão focando a prevenção primária, etiologia, epidemiologia, clínica, aspectos cardiológicos, terapêutica e prevenção secundária.

## **“ANEMIA CONGÉNITA DISERITROPOIÉTICA TIPO I”**

G.Henriques, L.Braga.

Hospital de Dona Estefânia - Serviço 1 Sala 4.

Reunião do Serviço 1. Outubro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de anemia congénita diseritropoiética tipo I numa adolescente de 14 anos de idade com anemia crónica macrocítica e reticulocitose insuficiente.

As alterações típicas dos eritroblastos (binuclearidade, bosseladuras, fragmentação nuclear) no mielograma confirmaram o diagnóstico.

Fez terapêutica quelante com desferroxamina por valores elevados de ferritina, siderémia e siderúria.

O estudo familiar foi negativo.

Conclui com algumas considerações sobre esta rara anemia hereditária e sobre a importância da microscopia electrónica na observação do esfregaço de medula óssea para o diagnóstico precoce das anemias congénitas diseritropoiéticas.

Contacto: Graça Henriques - Serviço do H. D. Estefânia.

## **“CETOACIDOSE DIABÉTICA” - Estudo retrospectivo de 3 anos.**

L.Varandas, R.Pina, A.Mota - Unidade de Endocrinologia Pediátrica - H.Dona Estefânia.  
J.Estrada, C.Vasconcelos - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do H.D.Estefânia.

Reunião de Endocrinologia Pediátrica. Ordem dos Médicos. Novembro 1994.

**RESUMO:** Os autores fazem um estudo retrospectivo dos internamentos por cetoacidose diabética (CAD) na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Dona Estefânia, entre Abril de 1991 e Julho de 1994, sujeitos ao mesmo protocolo de actuação.

Foram analisados 62 processos clínicos correspondentes a 40 crianças. Em 26 destas o episódio de CAD foi revelador do diagnóstico.

A duração da sintomatologia foi superior a 1 semana em 80% dos casos e em 19% superior a 3 semanas.

14 crianças foram responsáveis pelos 36 episódios não inaugurais; 4 delas, todas raparigas, com idade média de 12,2 anos, totalizaram 18 destes episódios.

Estes dois grupos foram analisados em relação ao estado de consciência, hidratação e desequilíbrio hidroelectrolítico e ácido-básico.

## **“PUBERDADE PRECOCE SEXO MASCULINO” - Dois casos clínicos.**

G.Cragança, G.Fonseca, A.Mota - Unidade de Endocrinologia Pediátrica do H.Dona Estefânia.  
M.Cunha-Sá - Serviço de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta.

Reunião do Serviço 1. Dezembro 1994.

**RESUMO:** A Puberdade Precoce Central (PPC) no sexo masculino é uma entidade clínica com baixa incidência quando comparada com o sexo feminino (23:1).

Do ponto de vista etiológico a distribuição é diversa: no sexo feminino é sobretudo idiopático enquanto no sexo masculino é habitualmente secundária a patologia intracraniana.

Apresentam-se dois casos clínicos de PPC recentemente observados na nossa Unidade.

No primeiro, uma criança de 6 anos, a investigação permitiu-nos classificá-la como idiopática, enquanto que no segundo, um lactente de 6 meses, foi diagnosticado um tumor intracraniano, posteriormente sujeito a ressecção cirúrgica.

Contacto: Graciete Bragança - Unidade de Endocrinologia Pediátrica - Serviço 1 do H.D. E.

## **“INTERNAMENTO EM PEDIATRIA - Que ligações ?”**

M.Coelho.

Hospital de Dona Estefânia - Serviço 1.

2<sup>as</sup> Jornadas de Pedopsiquiatria. Hospital de Dona Estefânia. Fevereiro 1994.

**RESUMO:** O internamento em pediatria, mesmo que aparentemente pouco traumatizante, é sempre um acontecimento importante para a criança e sua família, constituindo um risco potencial de perturbação das ligações estabelecidas e futuras.

Com base nos dados recentes da literatura, o autor apresenta um texto ficcionista, colocando-se no lugar da criança desde o período embrionário até à alta de um internamento ocorrido no final do 1º ano de vida, percorrendo as etapas das ligações estabelecidas pela criança e com a criança e os momentos de alteração dessas ligações em cada fase do internamento hospitalar.

Conclui que apesar de existir legislação específica sobre o assunto, nomeadamente a Lei 12/81 da Assembleia da República Portuguesa e a Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas, é do esforço de sensibilização da população em geral, dos profissionais de saúde, da humanização dos hospitais e da vontade política para a implementação dessa legislação, que em última análise depende a melhoria das condições de hospitalização e um melhor prognóstico para a prevenção e a recuperação dos danos psico-afectivos que o internamento pediátrico potencialmente encerra.

## “VITAMINAS E FLÚOR: Que profilaxias?”

H.Flores, S.Pinto, L.Teles, L.Pereira, A.Dias, M.Coelho.

Second International Congress of Nutrition in Pediatrics. Lisboa, Março 1994.

Palavras-Chave: Vitaminas; Flúor; Profilaxia

**RESUMO:** As indicações e regimens da profilaxia com suplementos vitamínicos e de flúor na 1ª infância, estão desde há muito estabelecidos, embora não recolham unanimidade, sendo comum verificar-se grande disparidade na sua prescrição e utilização.

Através de um inquérito administrado a 70 pais de crianças com menos de 24 meses que acorreram ao Serviço de Urgência do Hospital de Dona Estefânia (Lisboa) em fins-de-semana ou feriados, analisaram-se alguns aspectos ligados ao uso actual destes medicamentos.

Verificou-se que 91% das crianças tomavam vitaminas e 71% vitaminas e flúor e 62% iniciaram vitaminas antes dos 6 meses de vida; apenas 10,2% das crianças iniciaram flúor durante o primeiro mês e em quase metade dos casos só após o 6 mês.

As doses administradas foram incorrectas em 41% dos casos de vitaminas e em 19,5% nos casos de flúor.

Só 41% das mães tinham noção aproximada dos objectivos de profilaxia com vitaminas enquanto essa percentagem subia para 73% no caso dos suplementos de flúor. A grande maioria dos erros estavam ligados á utilização de doses excessivas de Vit D (até 6660 U/dia) e/ou insuficientes doses de Vit C.

Em somente 18% das crianças a administração dos suplementos era feita directamente na boca.

O facto da assistência a essa criança ser feita por Médico de família ou Pediatra não mostrou diferença estatisticamente significativa em relação a qualquer das respostas obtidas.

**Conclusão:** 1 - foram administrados suplementos de vitaminas e flúor à maioria dos nossos lactentes; 2 - na ausência de normas sobre a utilização de vitaminas, verificou-se que a idade de início, doses, regimens e tipo de produtos administrados foram muito variáveis e que Médicos de família e Pediatras tinham comportamento semelhante nesse aspecto. As Normas portuguesas sobre administração de flúor também não parecem terem sido cumpridas; 3 - a informação dos pais era escassa, os erros de administração frequentes e por vezes potencialmente graves. De novo Pediatras e Médicos de família não revelaram grandes diferenças de atitude; 4 - é necessária uma reflexão da Comunidade pediátrica sobre os vários aspectos destas profilaxias.

Contacto: Mário Coelho - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“INSUCESO ESCOLAR” - Pequenas verdades vs grandes mentiras.**

M.Coelho.

Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

Cadernos do Internato. Departamento Pedopsiquiatria-H.D.Estefânia Ano III.nº4. Julho 1994.

Palavras-Chave: Insucesso Escolar.

**RESUMO:** Ao longo do tempo a causalidade do “insucesso escolar” tem sido sucessivamente atribuída à própria criança (“Inadaptados escolares”), ao meio sócio-cultural desfavorável que a rodeia (“Handicap sócio-cultural”) ou recentemente, à instituição escolar que por insuficiência de meios ou desajustamento dos programas, seria inadequada à escolaridade da criança (“Escola elitista”).

Com base na sua experiência pessoal como Pediatra e Director escolar, o autor apresenta os dados da escola que dirige (C.C.R.C.C.R.-Casa da Juventude) e que nos 8 anos de actividade apresenta 0% (zero) de “insucessos” em 259 alunos, desde o 1º ao 7º ano de escolaridade (ATL). Com uma população escolar pertencente maioritariamente às classes sociais III e IV de Graffar e não existindo critérios de selecção à admissão dos alunos, atribui-se os resultados obtidos ao conceito adoptado de “sucesso escolar”, que não é entendido como contrário do “insucesso” ou o somatório dos resultados nas diferentes matérias escolares, mas sim como o sucesso da criança como criança, o sucesso da criança na sua evolução para adulto e no fundo um direito da própria criança. O método pedagógico utilizado, passa por uma permanente inscrição dos pais nas actividades da escola, pelo esforço do componente lúdico do ensino, pela detecção e apoio tão precoce quanto possível dos alunos em risco de dificuldades escolares (aproveitamento global ou em áreas específicas, problemas comportamentais, etc) e por orientação para esquemas de apoio em grupo reduzido ou individualizado.

No entanto, a atitude da grande parte das Escolas portuguesas, confrontada com um caso de “insucesso”, é enviar a criança para o Pediatra enquanto pensamos que pelo menos deveria ser a própria escola a consultar um Pedagogo. Ao Pediatra é geralmente pedido que exclua uma patologia “orgânica” como causa do “insucesso” e a este cabe estar atento ao facto de que nestas situações, as limitações clinicamente detectáveis são raras, que não há teste laboratorial ou exame imagiológico específico e que se pretender actuar isolado, está tal como a criança, em risco de “insucesso”. Apesar das possibilidades de intervenção do Pediatra serem limitadas, o seu contributo é essencial, quer através da opinião e abordagem iniciais, quer na coordenação das várias intervenções, quer ainda no estabelecimento de metas e expectativas adequadas à capacidade de cada criança.

Conclusão: Há que eleger sempre como objectivo da nossa acção, “esta” criança em desfavor “deste” insucesso escolar, olhar o “insucesso escolar” como mais um sinal para desencadear as medidas necessárias à promoção do sucesso de vida, que está em risco, o que de uma forma geral significa dizer -se mais “insucesso”, então mais apoio!

Contacto: Mário Coelho - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

## **"A NEW CAUSE OF PROGRESSIVE INTRAHEPATIC CHOLESTASIS: 3 $\beta$ -HYDROXY-C27-STEROID DEHYDROGENASE/ISOMERASE DEFICIENCY"**

E.Jacquemin, K.Setchell, N.O'Connell, A.Estrada, G.Maggiore, J.Schmitz, M.Hadchouel, O.Bernard.

From the Hepatology Service, Department of Pediatric and INSERM U.347, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, and the Department of Pediatric, Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris, France; the Clinical Mass Spectrometry Laboratory, Children's Hospital, Cincinnati, Ohio; Pediatria Médica, Hospital de D. Estefânia, Lisbon Portugal; and clinica Pediatrica, Instituto di Ricovero e Cura e Carattere Scientifico Policlinico San Matteo, Pavia, Italy.

Journal of Pediatrics. 1994.

**RESUMO:** There have been a few reports of infants with severe neonatal cholestasis related to a defect in primary bile acid synthesis.

To assess the importance of such deficiency among children with progressive intrahepatic cholestasis (Byler disease), screening for inborn errors in bile acid synthesis was performed by fast atom bombardment ionization-mass spectrometry of urine samples from 30 affected children. Bile acid analysis revealed a specific fast atom bombardment ionization-mass spectrometry profile for 3 $\beta$ -hydroxy-C27 steroid dehydrogenase/isomerase deficiency in five children who had jaundice, hepatosplenomegaly, and fatty stools beginning at ages ranging from 4 to 46 months.

None of them had pruritus. Liver function tests showed persistently normal serum  $\gamma$ -glutamyltransferase activity, low serum cholesterol and vitamin E levels, normal serum bile acid concentrations despite raised serum bilirubin levels, and decreased prothrombin time and clotting factor V. In four of the cases a similar disease was observed in siblings. Liver function returned to normal after oral ursodeoxycholic acid therapy.

We conclude that 3 $\beta$ -hydroxy-C27-steroid dehydrogenase/isomerase deficiency should be considered when idiopathic cholestatic liver disease with clinical features akin to Byler disease is characterized by the association of normal serum  $\gamma$ -glutamyltransferase activity, normal serum bile acid concentration, absence of pruritus, and a return to normal liver function during ursodeoxycholic acid therapy.

Early identification of these children is essential because they benefit from bile acid therapy and might thus avoid the need for liver transplantation.

Contacto: Amílcar Estrada - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.



## **“PREVENÇÃO NUTRICIONAL NA CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA”**

C.Cruz, F.Chaves, M.Novaz, M.Pinto, G.Barroco.  
Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

VIII Jornadas Pediátricas do Serviço 2 - Prevenção em Pediatria. Lisboa. Janeiro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam inicialmente algumas considerações genéricas sobre doença crónica, malnutrição e sua prevenção, salientando a repercussão da malnutrição na criança com doença crónica e os condicionalismos de uma dieta imposta, no doente pediátrico.

Finalizam com algumas propostas dietéticas para prevenção da malnutrição em algumas situações de doença crónica, nomeadamente -Fibrose quística, Cardiopatias congénitas, Doenças inflamatórias crónicas do intestino e Insuficiência renal crónica.

Contacto: Carla Cruz - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **"PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFÓIDE": Um caso clínico.**

A.Casimiro, J.Oliveira-Santos, M.Esteves.  
Serviço 2 Sala 1 do Hospital de Dona Estefânia

Reunião do Serviço 2. Fevereiro 1994.

Palavras-Chave: LIP; HIV; Cianose.

**RESUMO:** Irina, 10 meses, mestiça, mãe com história de sífilis pré-gestacional tratada. Recorreu ao S.U. do H.D.E. por cianose e dificuldade respiratória.

Tinha como antecedentes crises semelhantes desde os 6 meses, com vários internamentos em unidades hospitalares e cujos diagnósticos de saída foram Mononucleose infecciosa e provável cardiopatia a esclarecer. A gravidez foi desejada, de termo, com parto eutócico hospitalar, PN: 3450 gr., IA: 7/8, com SDR transitório.

Apresenta sudorese e tosse desde o período neonatal e aos 6 meses surgem cianose, má progressão ponderal e dificuldade respiratória com agravamento progressivo.

A criança estava emagrecida (peso: 6 Kg), febril, com cianose generalizada e hipocratismo digital. Normotensa, com pulsos simétricos, a auscultação mostrou taquicardia, sem sopros audíveis, diminuição do murmúrio vesicular à esquerda e ferveores sub-crepitantes no hemitorax direito. Melhorou com O<sub>2</sub> humidificado por sonda nasal.

Dos exames complementares de diagnóstico realizados, salientam-se: gasimetria capilar com hipoxémia (PO<sub>2</sub>: 43,7 mmHg), leucocitose com neutrofilia (20900, 62%), prova de súr normal, Mantoux negativo. A teleradiografia do torax revelou hipotransparência homogénea (em todo o hemitorax esquerdo) e heterogénea à direita. O Ecocardiograma evidenciou hipótese de estenose da artéria pulmonar esquerda. O ECG mostrou hipertrofia do ventrículo direito. Broncoscopia, angiografia e cintigrafia pulmonar normais e LBA estéril.

Com a exclusão de patologia pulmonar (infecciosa ou malformativa), cardiopatia grave e mucoviscidose, colocou-se a hipótese de infecção pelo HIV que foi confirmada pela serologia (HIV1 +). A antigenémia foi positiva; as populações linfocitárias mostraram CD4 de 26% e CD8 de 49%.

Concluiu-se tratar-se de pneumonia intersticial linfóide (LIP).

Instituiu-se terapêutica com O<sub>2</sub>, antibioterapia, broncodilatadores, corticoides e cine-sioterapia respiratória.

Mantém-se dependente de O<sub>2</sub> após a alta, sendo enviada à Consulta de Imunodeficiências do H.D.E.

Contacto: Ana Casimiro - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## “7 MESES DE IDADE E HIPOTONIA”

M.Lage, S.Sequeira, M.Esteves.  
Serviço 2 Sala 1 - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Março 1994.

Palavras-Chave: Atraso de desenvolvimento; acidose metabólica; acidémia metilmalónica.

**RESUMO:** É apresentado o caso clínico de um lactente de sete meses de idade internado no S2S1 do H.D.E. após transferência do Hospital da Horta por hipotonia e atraso de desenvolvimento.

Trata-se de uma criança natural dos Açores, filha de pais consanguíneos. Apresenta hipotonia desde os primeiros dias de vida surgindo aos 3 meses de idade recusa alimentar, vômitos esporádicos e má progressão ponderal. Aos 7 meses tem um episódio de desidratação que é corrigida em internamento hospitalar na sequência do qual é transferida para o nosso Serviço.

À observação é uma criança emagrecida, hipotónica, com choro fraco, edema dos membros inferiores, reflexos osteo tendinosos diminuídos, peso e altura < Pct 5 e atraso de desenvolvimento psico-motor.

Os exames iniciais revelam uma hiperamoniémia com défice ligeiro de bicarbonatos. Na urina há vestígios de corpos cetónicos.

Ao 7º dia de internamento surge acidose metabólica grave pelo que inicia dieta com restrição proteica, aporte vitamínico (cianocobalamina, tiamina, carnitina e biotina) e reposição de bicarbonato. É-nos fornecido nesta altura o doseamento de ac. metilmalónico urinário com valor diagnóstico para acidémia metilmalónica.

Mantendo os restantes suplementos, é então iniciado aporte proteico de 2g/kg/dia sem os aminoácidos nocivos, verificando-se evolução favorável do tónus e da tolerância alimentar.

Na 4ª semana de internamento surge edema periférico importante associado a hipoalbuminémia de difícil correcção, vindo a criança a falecer por sépsis a *Pseudomonas aeruginosa*.

É apresentada ainda uma breve revisão da etiologia, clínica, diagnóstico e terapêutica de acidémia metilmalónica e é proposta uma abordagem diagnóstica e terapêutica na suspeita de doença metabólica num lactente.

Contacto: Maria João Lage - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **"BRONQUIOLITES NO SERVIÇO 2 SALA 1" - Experiência de 1993.**

M.Lage, S.Sequeira, J.Ferra-Sousa.  
Serviço 2 - Sala 1 do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de casos clínicos - Sociedade Portuguesa de Pediatria. Novembro 1994.

Palavras-Chave: Bronquiolite; factores de risco; sequelas.

**RESUMO:** A Bronquiolite é habitualmente considerada uma patologia benigna e auto limitada. Poderá este conceito levar-nos a subestimar a sua morbilidade? esta dúvida associada ao facto de se tratar de uma patologia que motiva grande número de internamentos nas enfermarias da 1ª infância, levou-nos a consultar os processos de 130 dos 135 doentes com o diagnóstico de bronquiolite internados na enfermaria de 1ª infância do serviço 2 do H.D.E. no ano de 1993 (19% do total).

Concluimos que a bronquiolite é frequente como motivo de internamento mesmo no grupo etário com menos de dois meses, constituindo este grupo cerca de 25% do total e estando nele incluídas as situações de internamento de maior duração e a totalidade (4) das crianças que necessitaram de ventilação mecânica. É ainda relevante neste mesmo grupo a incidência de intercorrências patológicas neonatais.

Observámos ainda que 49% das crianças tinham história de atopia familiar e que, apesar de ser uma população com 66% de doentes de idade inferior a 6 meses, 34% tinham já um ou mais episódios anteriores de bronquiolite.

É também importante lembrar a evolução possível para bronquiolite obliterante (3 crianças com sequela de bronquiolite anterior a 1993) motivando internamentos múltiplos e prolongados, e, embora rara, a possibilidade de óbito (1 caso).

Contacto: Maria João Lage - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“INFECÇÃO PELO VIH NA SALA 1” - Casuística de 1994.**

A.Bettencourt, M.Marques, J.Ferra-Sousa.  
Sala 1 do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Dezembro 1994.

**RESUMO:** Foram revistos os processos de cinco doentes internados no S2S1, com serologia positiva para VIH, analisando-se a clínica e outros dados laboratoriais para determinar quais as crianças que adquiriram passivamente anticorpos da mãe ou que foram infectadas pelo vírus da imunodeficiência.

Foi feita em seguida uma revisão teórica sobre a infecção VIH, focando os grupos de maior risco, a incidência na pediatria, mecanismos de transmissão, efeitos do vírus sobre as diferentes células, as consequências clínicas e laboratoriais que daí advêm, critérios de diagnóstico clínico e laboratorial e os esquemas de profilaxia e terapêutica recomendados.

## **"MIOSITES VIRAIS"- Casuística do Serviço 2 Sala 2 - 1993.**

A.Serrão, L.Leal, V.Chaves, J.Carapau.  
Serviço 2 Sala 2 - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Março 1994.

**RESUMO:** Nos meses de Fevereiro e Março de 1993 foram internados no Serviço 2 Sala 2, cinco crianças com idades compreendidas entre os 7 e 10 anos de idade, e de diferentes áreas de residência, por mialgias e claudicação da marcha. Salienta-se a existência em todas elas, nas 2-3 semanas que antecederam o internamento de queixas -cefaleias, febre, tosse, rinorreia, odinofagia, dor abdominal, diarreia.

Laboratorialmente todas apresentaram elevações muito significativas dos valores de CPK e LDH.

Assistiu-se a rápida e total involução do quadro clínico e a diminuição progressiva com normalização dos valores das enzimas musculares.

Verificou-se serologia positiva para vírus Coxsackie, exceptuando uma criança.

Apresentou-se uma revisão bibliográfica sobre Miosites Virais - epidemiologia, apresentação clínica, alterações laboratoriais e evolução.

Contacto: Isabel leal - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **"SPL, O REGRESSO ... PARTE 2"**

F.Chaves, J.Cavaco, A.Curvelo, J.Carapau.  
Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Maio 1994.

Palavras-Chave: Síndrome febril; Doença Still; Salicilatos.

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 3 anos saudável até um mês e meio antes do internamento quando inicia quadro de febre arrastada com picos vespertinos, emagrecimento, cervicalgia e exantema macular. laboratorialmente apresenta leucocitose com neurofilia, anemia e aumento de V.S.

Com base no quadro clínico e excluindo outras patologias é feito o diagnóstico de artrite reumatóide juvenil (ARJ) na forma sistémica ou doença de Still.

A criança inicia terapêutica com acetilsalicilato de lisina, com remissão dos sintomas ao 5º dia, tendo alta clínica para a Consulta de artrites.

A propósito deste caso clínico é feita uma apresentação teórica de ARJ, descrevendo-se mais aprofundadamente a doença de Still, com ênfase para os critérios de diagnóstico, aspectos clínicos e laboratoriais, diagnósticos diferentes e conduta terapêutica.

Contacto: Fernando Chaves - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## "TOXICODPENDÊNCIA: SIDA E HEPATITE"

J. Carapau.

Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

1<sup>ª</sup>s Jornadas de Pediatria. Régua. Novembro 1994.

**RESUMO:** A Toxicodpendência, atingindo cada vez mais populações muito jovens, constitui um factor de risco infeccioso, onde sobressaem a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana-VIH- e a infecção pelo vírus da hepatite B -VHB. Estes dois agentes, passíveis de transmissão parentérica, contaminam igualmente crianças cujas mães estão infectadas. Além disso, a infecção a VIH e Hepatites constituem, na toxicodpendência, um risco acrescido como doenças sexualmente transmissíveis. Depois de apresentar dois casos clínicos exemplificativos da transmissão parentérica (adolescente de 14 anos, toxicómano, infectado pe VIH) e da transmissão vertical (lactente com pneumonia a pneumocistis carinii, filho de mãe infectada pelo VIH e toxicómana), o autor destaca a infecção VIH/SIDA como a situação que interfere com a sexualidade, o comportamento, a maternidade, terminando como doença fatal. Até Março de 1994, foram notificados cerca de 1 milhão de casos de SIDA à OMS, que estimava em mais de 3 milhões os casos não notificados e em 16 milhões o total de indivíduos apenas infectados, a nível mundial. Em Portugal, as taxas de incidência (por milhão de habitantes) têm vindo sempre a aumentar desde 23,6 em 1990 até 38,6 em 1993, o que coloca o nosso país no 7º lugar europeu. O aumento do número de casos de SIDA entre nós tem-se feito sobretudo à custa de comportamentos ligados à toxicodpendência e à transmissão heterossexual. A transmissão homo e bissexual, que em 1992 ocupava o 1º lugar, passou para o 3º em 1993 e 1994 (1º semestre). Foi referida a tendência para a distribuição da epidemia a todos os distritos do país. Quanto às idades pediátricas, reforçou-se a noção da importância da transmissão mãe/filho na infecção a VIH, mas os médicos que tratam ou vigiam jovens devem estar preparados para o diagnóstico precoce da infecção nos adolescentes, nomeadamente os que têm comportamentos de risco, como é a toxicodpendência. Noção não menos importante é a de que a infecção a VIH contrai-se muitas vezes na adolescência e a doença SIDA revela-se no adulto jovem. No que diz respeito à Hepatite B, foram igualmente mostrados dados da situação epidemiológica a nível mundial. A HB é a 5º causa de morte, de etiologia infecciosa, com cerca de 1 milhão de casos/ano a nível mundial (OMS, 1990). Com uma infecciosidade superior à do VIH, dentro das vias de transmissão do VHB a parentérica -c.v.- devido à toxicodpendência assume cada vez mais relevância na aquisição e manutenção do ciclo infeccioso. Estudos realizados em várias populações de toxicomanos revelam positividade para os anticorpos do VHB entre 60 e 90% e uma percentagem de HBsAg + entre 6 e 10%. Os índices de seroprevalência para o VHB na toxicodpendência dependem de vários factores de risco: anos de consumo e.v. de drogas, infecção anterior pelo VIH, troca habitual de seringas, baixo nível educativo, maior número de parceiros sexuais e residência em grandes centros urbanos, por esta ordem. (Citação de um trabalho recentemente publicado na revista Clínica espanhola de Dez. de 1993 e efectuado no sul de Espanha). Reenfoca-se a importância da SIDA pediátrica e a transmissão vertical (que ocupa agora o 1º lugar como via de contágio a nível europeu, em crianças com menos de 13 anos); citam-se dados de um estudo efectuado no "Harlem Hospital" de Nova York, em que a seroprevalência para o VIH no sangue do cordão era de 3,3%, sendo 25% das parturientes toxicodpendentes!

Contacto: João Carapau - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.



## **“UMA PATOLOGIA A NÃO ESQUECER!”- (Doença neoplásica)**

A.Serrão, V.Chaves, J.Carapau.

Serviço 2 Sala 2 do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2 Sala 2.

**RESUMO:** Apresentação de dois casos clínicos de doença neoplásica:

- Criança do sexo feminino, 3 anos de idade, raça branca, internada por febre e dor abdominal. Antecedentes familiares e pessoais irrelevantes. Oito dias antes do internamento inicia 38,5° C de temperatura axial, e surge com adenomegalias cervicais. Fica apirética no 4º dia. Dois dias após apirexia, reinicia febre, 38-40º, dor abdominal e vômitos, pelo que recorre ao Serviço de Urgência. No exame objectivo salienta-se palidez e hepatomegália.

Diagnóstico: Neuroblastoma, estadio IV.

- Criança do sexo masculino, 7 anos de idade, raça branca, que recorre ao Serviço de Urgência por aumento súbito do volume abdominal. Apresentava queixas de astenia, anorexia, emagrecimento. Antecedentes familiares irrelevantes. Antecedentes pessoais de deficiente progressão ponderal desde os 3 nos de idade, dor abdominal recorrente e episódios febris de cerca de 3 dias de duração -38-39º, que passavam sem terapêutica, interpretados como “víroses”. No exame objectivo salienta-se o estado de desnutrição e sensação de doença grave, palidez, diminuição do murmúrio vesicular nos 2/3 inferiores do hemitórax direito e distensão abdominal. No toque rectal encontrou-se ampola alargada e no seu centro massa de consistência de borracha, ocupando todo o seu lúmen. Ecografia - derrame pleural, derrame peritoneal, massa abdominal.

Diagnóstico: Linfossarcoma.

Contacto: Ana Paula Serrão - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

## "SARAMPOS COMPLICADOS"

E.Souares, T.Gil, H.Cardoso, M.Lourdes-do Ó.

Serviço 2 Sala 3 - Unidade de Doenças Infecciosas do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Março 1994.

**RESUMO:** Os autores fizeram a revisão dos casos de Sarampo internados na enfermaria de Doenças Infecciosas do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia, de 1 de Outubro de 1993 a 15 de Março de 1994, em relação às características de grupo etário e complicações. Analizaram mais pormenorizadamente quatro desses casos que evoluíram com complicações.

Neste período registaram-se 65 casos, sendo mais frequente no grupo etário dos 10 aos 12 anos. foi chamada a atenção para a necessidade de implementação da administração de Vacina anti-sarampo em situações de epidemia em crianças a partir dos 6 meses de idade. Em cerca de 66% dos casos surgiram complicações, por ordem de frequência: Pneumonia, Dificuldade Respiratória, Otite, Diarreia, Vómitos.

Os casos clínicos apresentados ocorreram em 4 crianças do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 9 e os 16 meses, sem vacina, ou tendo esta sido administrada durante o período de incubação da doença, apresentando todos eles complicações pneumónicas, manifestando-se por recrudescência da febre e agravamento da tosse e/ou dificuldade respiratória.

Dois dos casos tiveram uma evolução muito grave, tendo sido posta a hipótese de sobre-infecção nosocomial, confirmada laboratorialmente num deles com o isolamento de *Pseudomonas sp.* no Lavado Bronco-alveolar. Em duas destas crianças persistiram queixas respiratórias com desenvolvimento de bronquiolite obliterante.

Contacto: Eunice Soares - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **"INFECCÕES CUTÂNEAS PIOGÉNICAS" - Revisão de 5 anos.**

M.Santos, M.Faleiro, S.Cabrita.

Unidade de Doenças Infecciosas, Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

Revista Portuguesa de Pediatria. 1994.

Palavras-Chave: Infecção; pele; tecidos moles; antibióticos.

**RESUMO:** Os autores efectuaram a revisão de 83 casos clínicos, referentes a internamentos por infecção cutânea piogénica na Unidade de Doenças Infecto-Contagiosas do Hospital de Dona Estefânia, durante o período de 5 anos - 1 de Janeiro de 1985 a 31 de Dezembro de 1989.

Foram feitos 45 exames culturais para pesquisa do agente etiológico com êxito em 57,8% dos casos.

O *Staphylococcus aureus* foi o agente patogénico isolado mais frequentemente, seguido do *Streptococcus*  $\beta$  -hemolítico do grupo A.

Constatou-se que os antibióticos mais utilizados foram as Penicilinas e a Eritromicina, com bons resultados.

## **“O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DA UROPATIA MALFORMATIVA NA PREVENÇÃO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA DA CRIANÇA”**

J.Batista, M.Abranches, A.Silva, J.Ferra-Sousa.

Unidade de Nefrologia Pediátrica - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião da Pediatria do Hospital Distrital de Abrantes. Janeiro 1994.

Palavras-Chave: Diagnóstico pré-natal,; uropatia malformativa; insuficiência renal crónica.

**RESUMO:** A doença crónica da criança é actualmente uma preocupação pediátrica. A insuficiência renal crónica (IRC), pelas suas implicações psicológicas, técnicas e sócio-económicas, assume aqui especial relevância.

Entre as causas de insuficiência renal terminal (IRT) as uropatias malformativas ocupam um lugar de destaque e o seu prognóstico é tanto melhor quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento.

Os autores fazem a análise de 78 crianças, até aos dois anos, enviadas à Consulta de Nefrologia, entre 1 de Janeiro de 1991 e 31 de Outubro de 1992, por diagnóstico pré-natal ou para controlo de uropatia.

A análise teve por objectivo verificar a concordância entre diagnóstico pré e pós-natal, identificar a lesão patológica e avaliar as repercussões funcionais.

Verificou-se concordância entre diagnóstico pré e pós-natal em 56,4%, predomínio das uropatias obstrutivas e refluxivas (43,6%), 5 crianças estão em IRC (6,4%) e uma tem hipertensão.

Na prevenção da IRC a ultrasonografia fetal desempenha um papel importante na detecção de uropatias, influenciando a precocidade da intervenção nefrourológica e protegendo o rim da degradação da função renal.

Contacto: Judite Batista - Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia.

## **“SÍNDROME NEFRÓTICO” - O que há de novo desde o levantamento de 1988.**

M.Faleiro, J.Baptista.

Unidade de Nefrologia - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 2. Junho 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentaram a avaliação da evolução a médio prazo dos casos de Síndrome Nefrótica (SN) primária do levantamento anterior (de 1988, de 12 anos). Existindo o risco potencial de prolongamento da doença na adolescência e na vida adulta, tentou-se averiguar o que se passava com estes doentes 6 anos depois.

Do grupo inicial de 116 doentes seleccionaram-se os que tinham, aquando do último contacto, uma idade mínima de 15 anos ou 10 anos de controlo, tendo sido apurados 19 doentes. Em cada um deles, para além do sexo, foram analisados a idade de início, o tempo de evolução, a resposta à corticoterapia, a existência de factores de risco no episódio inaugural e a situação bioquímica e clínica na última consulta.

Constatou-se que 13 crianças eram do sexo masculino, a idade média do diagnóstico foi de 5A.7M., em 13 crianças o SN era corticossensível (SNCS) e em 6 era corticorresistente (SNCR).

Actualmente, após um tempo médio de controlo de 9A9M., estão em remissão, há mais de 5 anos 10 crianças e em fase activa as restantes 9. Verificou-se que a idade média de diagnóstico nos casos de SNCS em remissão foi de 5A.2M., nos casos de SNCS em fase activa 3A.9M. e nos casos de SNCR de 9A.1M. e que o tempo de evolução da doença até à última recaída foi nos primeiros casos de 3A. e nos segundos de 11A.

Da avaliação global dos 19 doentes sobressai o seguinte: em 2 crianças houve apenas o episódio inaugural, 8 tiveram recaídas simples, 2 recaídas frequentes, 1 recaídas tardias e 6 comportaram-se como corticorresistentes.

Da análise destes resultados concluiu-se o seguinte: o tempo de controlo é ainda curto para avaliar o comportamento do SN na vida adulta uma vez que os doentes mais velhos desta série tinham 19 anos; a precocidade do aparecimento parece estar associada a uma maior duração da doença quando se compara este grupo com aquele que apresenta uma remissão estável igual ou superior a 5 anos; a instalação numa idade mais tardia e a corticorresistência foram os elementos detectados nos casos com evolução mais desfavorável; a recorrência é uma característica do SNCS verificando-se que 7 em 13 casos de SNCS ainda recaíram 5 anos após o episódio inaugural; 5 casos em 13 ainda recaíram na adolescência, o que poderá corresponder a um prolongamento da doença na vida adulta; o padrão de resposta aos corticoides manteve-se inalterado mesmo nos que recaíram na adolescência, no caso dos SNCS; se o diagnóstico de cura é possível em termos globais, ele é difícil ou quase impossível de colocar em casos individuais dado que não existem marcadores biológicos que permitam detectar a actividade da doença nos períodos de remissão; apesar do risco de recorrência, o prognóstico do SNCS continua bom na adolescência.

Contacto: Margarida Faleiro - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“AGENÉSIA RENAL”- Experiência da Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia.**

G.Henriques, A.Netto, J.Ferra-Sousa.

Serviço 2 - Unidade de Nefrologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa - Portugal.

Iª Jornada Hispano-Lusa de Pediatria e Cirurgia Pediátrica. Hospital General Universitario “Gregorio Marañon”. Madrid. Outubro 1994.

**RESUMO:** O rim único representa 1,8% da patologia nefro-urológica da Unidade, sendo congénito em 80,3% das crianças afectadas.

Procedeu-se à avaliação de 49 crianças com agenésia renal congénita e rim contralateral normal, no sentido de se avaliar a incidência de outras malformações associadas, incidência familiar e prognóstico.

A agenésia renal esquerda é mais frequente, 31 casos (63,2%), com predomínio no sexo masculino 30 casos (61,2%) e raça branca 47 casos (95,9%).

O diagnóstico foi pré-natal em 5 crianças (10,2%), no 1º ano de vida em 16 (32,8%) e em 14 (28,5%) acima dos 5 anos de idade.

O período de avaliação oscilou entre 11 anos e 6 meses e 1 ano e 3 meses.

Diagnosticada patologia renal em 11 familiares (22,5%).

Detectada microalbuminúria patológica em 5 crianças (17,2%), tendo 3 (10,3%) alterações da taxa de excreção.

A diminuição da filtração glomerular renal surgiu em 3 crianças (10,3%) e hipertensão em 2 (3,4%).

Conclui-se que na criança o prognóstico de agenésia renal é bom. Contudo a microalbuminúria e a diminuição da filtração glomerular renal surgiu em crianças com um período de avaliação mais prolongado, o que permite inferir o risco de lesão renal precoce, pelo que uma avaliação periódica deve ser efectuada, no sentido de preservação da função renal.

Contacto: Arlete Netto - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **"FISIOLOGIA DA MICÇÃO"**

I. Castro.

Serviço 2 Sala 2 - Unidade de Nefrologia.

Reunião "Alterações da Micção". Hospital de Dona Estefânia. Novembro 1994.

**RESUMO:** A micção pode ser definida "como o processo por meio do qual a bexiga se esvazia, quando está cheia". Este processo é logicamente caracterizado pela intermitência do acto miccional e no estado acabado da maturação neurofisiológica, pela determinação da oportunidade desse mesmo acto, em função da vontade do sujeito.

A aquisição da continência, necessária à sobrevivência da espécie e ao conforto do indivíduo, começa com a organização de um automatismo vésico-esfincteriano, enquadrado no desenvolvimento do Sistema Nervoso.

O reflexo miccional é integrado sucessivamente nos plexos ganglionares periféricos, no feto, na medula sagrada no recém-nascido, no tronco cerebral na criança.

O controlo voluntário deste automatismo necessita primeiro do reconhecimento da informação sobre o estado de repleção da bexiga, ou seja da necessidade de urinar.

A criança controla primeiro o seu esfíncter estriado, o que lhe permite evitar a perda de urina e aumentar a sua capacidade vesical. Seguidamente, começa a conseguir iniciar ou recusar voluntariamente a contracção vesical, fazendo da sua bexiga, o órgão mais corticalizado, quer dizer, o mais fisiologicamente vulnerável.

A duração destas diferentes etapas é variável: aos processos de maturação fisiológica que progridem mais ou menos rapidamente, associam-se os efeitos duma educação, de extrema utilidade na aquisição da continência (principalmente diurna).

## **"SÍNDROMA NEFRÓTICO CORTICO-DEPENDENTE"**

M.Faleiro, J.Batista.

Unidade de Nefrologia - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião anual da Secção de Nefrologia da S.P.P. Coimbra. Dezembro 1994.

**RESUMO:** Os autores fazem a revisão dos casos de Síndrome Nefrótico Cortico Dependente (SNCD) seguidos na Consulta de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia desde 1989.

A corticodependência foi definida pelo reaparecimento de proteinúria  $\geq 40$  mg/m<sup>2</sup>/h durante a redução ou até 30 dias após a suspensão da corticoterapia.

Foram identificados 11 doentes com SNCD, um dos doentes viria a ser excluído por omissão de dados. Assim, dos 10 doentes apurados 8 eram do sexo masculino, a idade média de diagnóstico foi de 4A.9M. e em sete doentes a corticodependência manifestou-se logo na sequência do episódio inaugural.

O esquema terapêutico inicial foi preconizado pelo ISKC, apenas um doente não cumpriu este esquema por um quadro de hipertensão intracraniana benigna (HICB). Em todos os doentes foi proposto ciclofosfamida na dose de 2 mg/Kg/dia durante 8 semanas ou até ser atingida a dose cumulativa de 140 mg/Kg.

Actualmente após um tempo médio de controle de 2A.8M., estão 5 doentes em remissão estável, 3 em remissão sob terapêutica e 2 em recaída.

Da análise global sobressaiu ainda o facto de existirem 2 grupos de doentes: um o dos mais jovens (20M - 4A.) em que as infeções respiratórias constituem o factor precipitante das recaídas e o das crianças mais velhas (7 -11A.) em que não há aparentemente factor desencadeante aparente. O comportamento destes dois grupos face à terapêutica, aparentemente mais favorável no primeiro grupo.

Face ao exposto, os autores debatem-se com as mesmas interrogações de outros autores:

.. Qual o esquema ideal da corticoterapia no episódio inaugural e nas recaídas?

.. Quais são os factores preditivos da corticodependência?

.. Será possível prevenir as recaídas?

Em Relação aos esquemas terapêuticos têm aparecido várias propostas nos últimos anos: APN (Arbeitsgemeinschaft fur Padiatrische Nefrologie), Ueda e British Association Paediatric Nephrology.

Não havendo unanimidade na selecção do esquema, os autores pensam que seria interessante aproveitar-se a reunião para cada Unidade de Nefrologia discutir a sua própria experiência e se possível chegar a um esquema de consenso.

Contacto: Margarida Faleiro - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.



## **“INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA”**

I. Castro, J. Ferra-Sousa.

Serviço 2 - Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia.

VII Jornadas Pediátricas do Hospital Distrital de Abrantes. 1994.

**RESUMO:** A Insuficiência Renal Aguda (I.R.A.) é uma situação relativamente frequente, caracterizada pela diminuição brusca da função depuradora renal, que se torna insuficiente para manter a homeostase interna.

Oito crianças com I.R.A., foram avaliadas e tratadas, entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 1993, na Unidade de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia.

Com base em critérios fisiopatológicos, 2 crianças apresentaram azotémia pré-renal, 3 I.R.A. parenquimatosa e 3 I.R.A. obstrutiva, sendo sob ponto de vista clínico, 5 oligúricos e 3 não oligúricos.

Múltiplos eram os mecanismos patogénicos envolventes, nomeadamente: retrodifusão do filtrado (por alteração tubular), obstrução mecânica tubular, vasoconstrição arteriolar, e redução da área e/ou permeabilidade capilar glomerular. Complementarmente, a produção de radicais livres de O<sub>2</sub> e o influxo de cálcio intracelular, foram factores celulares importantes na patogénese da I.R.A.

A instituição precoce e adequada do tratamento (hidratação; desobstrução ...), possibilitou a recuperação rápida da diurese e a prevenção/correção das complicações, tendo contudo sido necessário o recurso à diálise peritoneal aguda em 3 casos (37,5%).

A recuperação total da função renal e tubular foi em 5 doentes (62,5%) precoce. Três doentes mantêm insuficiência renal (um dos quais em diálise peritoneal crónica ambulatoria) e dois mantêm hipertensão arterial.

A terminar realça-se a importância da prevenção (hidratação, Furosemide/Manitol, Dopamina, terapêuticas em investigação).

## “INFECÇÃO URINÁRIA”

I.Castro, J.Ferra-Sousa.

Unidade de Nefrologia - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

Actualidade Clínica-Infecções em Pediatria. Instituto Pasteur de Lisboa.

**RESUMO:** A infecção urinária (IU) é a mais comum das infecções bacterianas que afectam o homem, sendo frequente na clínica pediátrica, podendo variar desde a bacteriúria assintomática até à infecção urinária alta, clinicamente alarmante.

Embora a maioria das IU na criança, tenha excelente prognóstico, há o risco de graves consequências a longo prazo, em algumas, que por diversos factores (idade, malformação, imaturidade, alteração funcional, diminuição dos mecanismos de defesa, virulência bacteriana, etc. ...), têm vulnerabilidade para a extensão da infecção do aparelho urinário baixo para o parênquima renal. A invasão deste, é suficiente para causar cicatriz renal permanente, responsável por eventual insuficiência renal crónica e/ou hipertensão arterial na criança, adolescente ou adulto jovem.

Deste modo o diagnóstico precoce com a localização precisa da infecção, seguidos da instituição da terapêutica adequada e subsequente quimioprofilaxia (prevenção das recorrências) e identificação de factores de risco (estudo do aparelho urinário), constituem as preocupações essenciais relativamente à infecção urinária.

Contacto: Isabel Castro - Unidade de Nefrologia - Serviço 2 - H.D.Estefânia.

## **“DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE UROPATIAS” - um “novo” motivo de consulta.**

J.Batista, M.Abranches, A.Silva, M.Tavares, J.Ferra-Sousa.

Unidade de Nefrologia Pediátrica - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião da Secção de Nefrologia da S.P.P.

Palavras-Chave: diagnóstico pré-natal; uropatia malformativa; ultrasonografia.

**RESUMO:** A importância da ecografia pré-natal no diagnóstico precoce das uropatias é um facto incontestável.

De 1 de Janeiro de 1991 a 31 de Outubro de 1992 (22 meses) foram enviadas à consulta de Nefrologia 50 crianças por diagnóstico pré-natal de uropatia. Os autores fazem a revisão dos casos com o objectivo de: Avaliar a concordância entre o diagnóstico ecográfico pré e pós-natal, identificar o tipo de patologia predominante e analisar a abordagem imagiológica e orientação terapêutica subsequente.

Verificou-se uma concordância entre o diagnóstico pré e pós-natal de 72%. O refluxo vesicoureteral esteve presente em 14%, as uropatias obstrutivas baixas e as displasias quísticas em 16% cada e 8% tinha síndrome de junção pielo-ureteral.

Por ordem de frequência a cistouretrografia miccional foi o segundo exame efectuado e estava alterada em 18,9% dos casos.

A relativa benignidade destes casos deverá ser atribuída ao modo de recrutamento utilizado.

Os autores terminam com uma proposta de controlo e vigilância.

## **"RIM E INFECCÃO HIV NA CRIANÇA"**

M.Brito, J.Ferra-Sousa.

Serviço 2 - Unidade de Nefrologia - Hospital de Dona Estefânia.

XIV Reunião do Hospital Distrital de Abrantes, Novembro 1994.

Palavras-chave: Vírus da Imunodeficiência Humana; Criança; Nefropatia; Disfunção tubular; Insuficiência renal.

**RESUMO:** Em crianças infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) a lesão renal pode ser a primeira manifestação da doença.

Uma variedade de alterações tem vindo a ser descritas, podendo ser classificadas em três grupos principais:

- 1) Uma glomerulopatia denominada nefropatia associada ao HIV (HIVN) cujos critérios clínicos e histopatológicos fazem dela uma entidade distinta. A manifestação clínica mais frequente é a proteinúria com ou sem síndrome nefrótica, com evolução para insuficiência renal terminal. As alterações histológicas usuais são uma hiperplasia mesangial (MH) e uma glomerulosclerose focal e segmentar (GSFS) associadas a uma dilatação tubular microquística e a inclusões tubuloreticulares das células endoteliais;
- 2) Uma disfunção tubular aguda que leva ao aparecimento de alterações hidroelectrolíticas;
- 3) Insuficiência renal aguda associada a complicações da infecção HIV e/ou de terapêuticas instituídas.

Actualmente não há uma terapêutica eficaz e o tratamento permanece controverso, no entanto em crianças com infecção HIV deve ser feita uma vigilância apertada para se detectarem potenciais factores reversíveis, em estadios iniciais da doença.

Contacto: Maria João Brito - Serviço 2 - Unidade de Nefrologia do H.D.Estefânia.

## **“INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA NOS PRIMEIROS 2 ANOS DE VIDA”**

M.Abranches, M.Ramos, G.Caldas, T.Ramos, J.Ferra-Sousa.  
Serviço 2 - Unidade de Nefrologia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Março 1994.

**RESUMO:** No panorama da Insuficiência Renal Crónica (IRC) pediátrica, a criança com idade inferior a dois anos ocupa um lugar particular.

A gravidade da repercussão da IRC progressiva depende, entre outros factores, da idade de instalação da agressão renal, sendo problemático quando se estabelece antes dos dois anos de vida.

A partir da casuística da Unidade de Nefrologia Pediátrica nos anos de 1992 e 1993 (11 casos), os autores ilustram os problemas de actuação que se colocam a vários níveis: abordagem médica e cirúrgica, apoio nutricional, social, psicológico, da comunidade e legislativo.

Contacto: Margarida Ramos - Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“PARALISIA CEREBRAL”- Várias prevenções possíveis.**

T.Moreno, M.Fonseca, E.Calado.

Serviço 2 - Unidade de Neuropediatria do Hospital de Dona Estefânia.

VIII Jornadas do Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia. Janeiro 1994.

**RESUMO:** Os autores começam por referir a importância desta patologia cuja prevalência actual (1,5 a 2,5/1000 nados vivos) apesar da melhoria dos cuidados perinatais, tem vindo a aumentar lentamente desde 1970.

Discute-se o conceito de Paralisia Cerebral, a sua classificação e etiologias e apresentam-se os novos conceitos etiopatogénicos. Realça-se a importância da altura em que a lesão ocorre, a sua relação com o quadro clínico, assim como os principais factores de risco, nomeadamente a idade gestacional e o peso ao nascer.

Numa 2ª parte, apresenta-se os resultados de uma revisão dos casos de Paralisia cerebral da Consulta de Neurologia ao longo de 18 anos.

Trata-se de uma população de 331 doentes sem diferença significativa de sexo, cuja distribuição por tipos é semelhante à de outros estudos (45% de hemiplégias, 31% tetraparésias e 24% diplégias). A forma mais frequente os prétermos foi a diplégia (36,5%), representando a hemiplégia 38% dos RN de termo. Não se identificou a causa em 17 doentes, nos restantes houve um equilíbrio entre causas pré e perinatais, cada uma responsável por 25% dos casos. Cinquenta por cento dos casos apresentaram epilepsia associada e cerca de um terço atraso cognitivo, predominante nas tetraparésias.

Défices sensoriais associam-se a 102 casos.

Quantificando a gravidade, de acordo com a sua independência da marcha, autonomia das actividades de vida diária e atraso cognitivo e escolaridade, foram consideradas como graves 29% dos casos.

Por último, são abordados os modos de prevenção 1ª e 2ª possível e realçada a necessidade de maximizar as potencialidades de cada criança, com vista à melhor integração possível na família, na escola e na sociedade.

Contacto: Teresa Moreno - Unidade de Neuropediatria - Serviço 2 do H. de Dona Estefânia.

## **“EPILEPSY IN CHILDREN”- How optimistic should we be about treatment?.**

E.Calado, A. Isabel-Dias, K.Dias.

Unidade de Neurologia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia. Lisboa - Portugal.

European Congress of Epileptology. Porto. Portugal. September 1994.

**RESUMO:** With the advent of new antiepileptic drugs in the last few years, great expectations emerged in doctors, patients and families about a better control of resistant epilepsies.

Running a busy reference clinic of pediatric epilepsy the authors reviewed all the patient on anticonvulsivant treatment for at least one year, trying to analyse the impact of Vigabatrin on their everyday practice.

We identified a population of 332 children and adolescents, aged 1 to 19 years. 135 are primary epilepsies, 187 secondary and 10 doubtful to etiology. 194 patients are on monotherapy (58%), Carbamazepine being the most single used drug (133 patients) followed by Valproate (43).

At present 63 children are on Vigabatrin (19%) with a good or reasonable control in 20.

All but 2 of the patients take Vigabatrin in polytherapy, being Carbamazepine the most frequent antiepileptic associated. 90 of the children (27%) have a deficient or poor control of their epilepsy (13 primary, 72 secondary and 5 of doubtful etiology). All of them but 3 were or are on Vigabaatrin without success.

Our next hope will be Lamotrigine and Felbamate.

However we are convinced, from our experience, that still too many children will enter next century on polytherapy and with uncontrolled epilepsies.

## **"COGNITIVE REGRESSION AND EPILEPSY IN CHILDREN"**

E.Calado, K.Dias.

Serviço 2 - Unidade de Neuropediatria do Hospital de Dona Estefânia.

European Congress of Epileptology. Porto. Portugal. September 1994.

**RESUMO:** Cognitive regression is often the main feature of CSSW and Kleffner-Landau Syndromes. Recently a few papers and personal communications presented some cases of reversible cognitive regression associated with other types of epilepsy with unrecognized clinical seizures and differently localized foci in the EEG.

The authors present the clinical cases of 2 boys, aged 5 and 7 years who, before referral to their hospital, had been under psychiatric treatment for several months for disruptive behavior and/or dementia.

Seizures became apparent only after a few months and initially were thought to be psychogenic in origin.

The first child had very frequent bilateral fronto-temporal spike-wave activity in his EEG and the interictal EEG of the second child was noninformative, while his ictal EEG had left frontal paroxysmic activity.

Treatment with Valproate and Clobazam in one and with Carbamazepine in the other was successful, both children become seizure free and gradually returning to their normal behavior and cognitive level, with simultaneous EEG normalization.

By this presentation the authors wish to contribute for the discussion of the complex relationship of subclinical abnormal electric activity and sustained abnormal behavior in children.

Contacto: Eulália Calado - Serviço 2 - Unidade de Neuropediatria do H.D.Estefânia.



## **"HIPERTENSÃO INTRA-CRANIANA BENIGNA/PSEUDOTUMOR CEREBRI"**

A.Isabel-Dias, A.Soaes, E.Calado, P.Cabral, K.Dias.  
Serviço 2 - Unidade de Neuropediatria.

Reunião de Casos Clínicos e Comunicações da Zona Sul da S.P.P.  
Lisboa - Hospital de Dona Estefânia. Novembro 1994.

**RESUMO:** Apresenta-se a casuística de Pseudotumor cerebri/Hipertensão intra-craniana benigna, da Unidade de Neuropediatria do Hospital de Dona Estefânia, ilustrando com alguns casos clínicos mais exemplificativos.

Contacto: Ana Isabel Dias - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia

## **"HEMIPLEGIA ALTERNANTE"- Caso clínico.**

T.Moreno, K.Dias.

Unidade de Neuropediatria do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de Casos Clínicos e Comunicações da Zona Sul da S.P.P. Lisboa. Novembro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de uma criança do sexo feminino, 28 meses de idade, primeira filha de pais jovens não consanguíneos, com antecedentes familiares e pessoais irrelevantes.

Aos 3 meses de idade, no contexto de gastroenterite aguda, é internada por movimentos oculogiros e tónicos dos membros, descritos como convulsões, associados a alterações electroencefalográficas. Inicialmente foi medicada com fenobarbital, posteriormente substituído por carbamazepina, com controle parcial das crises. Paralelamente verificou-se um atraso nas aquisições do desenvolvimento psicomotor, que se tornou mais evidente a partir dos 8 meses.

Aos 20 meses surgem episódios de hemiplegia, com alternância do lado afectado, de duração variável (minutos/horas). Foi-se evidenciando ataxia de predomínio axial e movimentos coreatósicos.

Todos os exames laboratoriais e estudos neuroradiológicos foram negativos.

Perante a evolução deste caso, pensamos poder classificá-lo como Hemiplegia Alternante.

Discute-se o diagnóstico diferencial e a relação entre a Hemiplegia Alternante e a epilepsia, cuja diferenciação clínica nem sempre é fácil.

Conclui-se com o prognóstico e terapêutica utilizada nesta doença pouco conhecida.

Contacto: Teresa Moreno - Unidade de Neuropediatria - Serviço 2 do H.de Dona Estefânia.

## **"PRINCIPIO, MEIO E FIM DE UMA TERAPÊUTICA ANTI-EPILÉPTICA"**

E.Calado.

Serviço 2 - Unidade de Neuropediatria - Hospital de Dona Estefânia.

II Jornada de Pediatria dos Hospitais de Leiria e Caldas da Rainha - Consensos em Neurologia pediátrica. Novembro 1994.

**RESUMO:** O início de uma terapêutica anti-epiléptica pressupõe três regras fundamentais: 1- diagnóstico correcto de epilepsia; 2-caracterização do tipo de epilepsia; e 3- aderência da família ou do adolescente ao tratamento.

Cerca de 20% dos doentes sob terapêutica anti-epiléptica não sofrem de epilepsia, situação lamentável no adulto mas muito mais grave na criança.

O seu desenvolvimento emocional e cognitivo poderá vir a ser seriamente afectado, tanto pelo diagnóstico errado de epilepsia, como pelos efeitos secundários dos antiepilépticos (AEs). Duas ou mais crises epilépticas por ano, justificam o início da terapêutica.

O tratamento precoce e eficaz de uma epilepsia pode melhorar o prognóstico a longo termo tentando evitar uma epilepsia crónica, sempre difícil de tratar.

Caracterizar o tipo de crise epiléptica ou o síndrome epiléptico em causa é fundamental para uma escolha acertada do AE. Cerca de 70% dos doentes epilépticos diagnosticados de novo obtêm o controle da epilepsia em monoterapia com a Carbamazepina (CBZ) ou o Valproato de sódio (VPA). A não aderência ao tratamento é a causa mais frequente de recaída na epilepsia.

O conhecimento do contexto familiar na criança e a previsão da sua capacidade de aderir a um tratamento prolongado são factores decisivos na instituição de uma terapêutica anti-epiléptica.

Uma vez iniciado o tratamento, tentar-se-á o controle da epilepsia com um único AE. Se este não resultar na dose máxima que não provoque efeitos secundários significativos para o doente, tentar-se-á a substituição por um outro AE adequado ao tipo de epilepsia em questão. Se este não resultar poder-se-á optar pela associação de dois AEs. Na melhor das hipóteses, esta atitude vai aumentar em 10-20% a possibilidade de controle da epilepsia, mas frequentemente à custa de efeitos secundários cuja frequência triplica, relativamente à monoterapia.

A decisão de suspender a terapêutica é muito mais controversa do que a de iniciar o tratamento de uma epilepsia. A suspensão de um AE só é considerada após um intervalo de tempo de 2 a 3 anos sem crises. A descontinuação nunca poderá ser feita num período inferior a 3-6 meses.

O risco de recaída nas crianças é estimado ser menor que nos adultos (20% e 40%, respectivamente) e acontece sobretudo nos primeiros 6 meses após suspensão.

Devido a complicações de ordem social decorrentes da suspensão de uma terapêutica antiepiléptica no adulto (emprego, carta de condução,...) esta decisão deve ser tomada tanto quanto possível na idade escolar.

Contacto: Eulália Calado - Serviço 2 - Unidade de Neuropediatria - H.D.Estefânia.

## "CORRELAÇÃO ELECTROCLÍNICA"

M. Veiga.

Hospital de Dona Estefânia - Serviço 2 - Unidade de Electroencefalografia.

VIII Jornadas Pediátricas do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia. Janeiro 1994.

**RESUMO:** A Electroencefalografia Clínica (EEG) é a única área de desenvolvimento da medicina que, mediante o recurso a procedimentos técnicos mais ou menos sofisticados, permite a avaliação da função do sistema nervoso central (o exame neurológico e a imagiologia apenas dão indicações sobre a anatomia).

É impensável, hoje em dia, pelo menos nos países civilizados em serviços preocupados com a qualidade da acção médica exercida segundo o estado da arte, caracterizar correctamente as disfunções cerebrais, entre elas as alterações do estado de consciência e as crises epilépticas (a maioria das epilepsias tem o seu início e diagnóstico durante a infância) se o recurso a EEG, numa ou mais das suas aplicações - EEG standard, EEG portátil, EEG ambulatório, EEG-poligrafia, vídeo-EEG sincronizado, electrocorticografia, potenciais evocados...

A correlação electroclínica é a ligação mais ou menos constante entre os aspectos do EEG (padrões) e os dados da história clínica.

É fundamental na interpretação do EEG pediátrico o conhecimento evolutivo electroclínico, do recém-nascido (RN) ao adolescente-adulto, tanto da função normal como da doença.

Neste trabalho mostram-se os padrões habituais do EEG pediátrico normal em cada idade e alguns casos de patologia mais frequente ou típica, sublinhando os aspectos electroclínicos cruciais no diagnóstico diferencial: encefalopatia hipóxico-isquémica grave do RN; síndrome de West; síndrome de Lennox-Gastaut; epilepsia de pontas rolândicas; epilepsia de ausências do pequeno mal; crises focais/generalizadas epilépticas; descargas periódicas na panencefalite; alterações graves na encefalite e na meningite; EEG na morte cerebral; sequelas de hipoglicémia na diabetes; crises parciais e mioclonias na hipocalcémia.

Todas as amostras foram recolhidas de traçados EEG realizados neste serviço entre Maio/92 e Dezembro/93.

A prevenção entre electroencefalografia é possível: o registo EEG legível realizado por técnicos qualificados e experientes e a interpretação médica responsável podem permitir uma colaboração preciosa, evitando atrasos diagnósticos e erros terapêuticos que, na área de influência da electroencefalografia pediátrica, representam danos físico-psico-socio-económicos irreparáveis às crianças, às famílias e à sociedade em geral.

Contacto: Manuela Veiga - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO NA CRIANÇA INTERNADA”**

A.Leça - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

M.Vale - Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

Cadernos do Internato, nº 4 - Julho de 1994.

**RESUMO:** Os autores estudam o tipo de alterações de comportamento, que nas crianças com idade superior a dois anos, internadas no H.D.Estefânia, entre Novembro de 1988 e Outubro de 1992, condicionaram o pedido de colaboração do Núcleo de Pedopsiquiatria de Ligação deste hospital.

Considerando que a alteração de comportamento é um sintoma subjacente a múltiplas causas, avaliam a dinâmica familiar destas crianças, assim como a situação clínica e/ou social determinante do próprio internamento.

## **"URGÊNCIAS CIRÚRGICAS PEDIÁTRICAS"- O Recém-Nascido.**

P.Casella.

Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

XIII Reunião sobre Temas Pediátricos- Urgências.Hospital Distrital de Abrantes.Janeiro 1994.

**RESUMO:** Apresentamos uma revisão das principais urgências cirúrgicas que no período neonatal determinam a necessidade de intervenção, com particular ênfase para o diagnóstico precoce e medidas de suporte durante o transporte.

As características anatómicas e fisiológicas próprias do Recém-Nascido, determinam uma menor tolerância ao stress associado às diferentes patologias malformativas que podem apresentar-se nos primeiros dias de vida e agravadas pela realização da intervenção cirúrgica.

Após revermos quais as condições ideais em que a intervenção cirúrgica neonatal se deve realizar, apresentamos as manifestações clínicas das urgências neonatais classificadas em urgências que se manifestam por SDR, por alteração do trânsito intestinal ou envolvendo o tubo digestivo e por último as que se manifestam por exteriorização visceral.

Para cada uma delas são discutidas as causas, o processo diagnóstico e as medidas a adoptar para a sua transferência para o local de tratamento definitivo.

Contacto: Paolo Casella - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.

## **"PSEUDOANEURISMA DA ARTÉRIA UMERAL"**

P.Casella.

Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

VIII Jornadas Pediátricas do Serviço 2. Lisboa. Janeiro 1994.

**RESUMO:** Um procedimento frequente e simples como a venopunção pode condicionar complicações vasculares graves que podem ser prevenidas pela utilização sistemática de meios técnicos mais seguros.

Apresentamos um caso recente ocorrido numa criança de 3 meses em que a utilização de uma agulha metálica para administração endovenosa de soro de rehidratação, incorrectamente aplicada na região do sangradouro, causou um pseudoaneurisma da artéria umeral que pela sua gravidade condicionou uma intervenção urgente.

Após realização de angiografia intra-operatória para definição da lesão procedemos à excisão do segmento arterial lesado e anastomose termino-terminal com técnica microcirúrgica.

No post-operatório foi utilizada fraxiheparina para prevenção da trombose aguda, encontrando-se o doente recuperado sem sequelas.

Pretendemos com a apresentação deste caso limite, chamar mais uma vez a atenção de todos os profissionais envolvidos no tratamento dos doentes pediátricos, que a utilização de tecnologias correctas e a adesão a normas simples permitem prevenir inúmeras complicações dos acessos vasculares em Pediatria.

## **"ARTRITES SÉPTICAS"- Casuística de 5 anos.**

M.Zarcos, J.Pascoal.

Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de Serviço de Cirurgia. Fevereiro 1994.

Palavras-Chave: Artrites sépticas

**RESUMO:** Foram analisados retrospectivamente os processos clínicos de 40 doentes internados por artrite séptica nos Serviços de Cirurgia no período compreendido de 1 de Janeiro de 1988 a Dezembro de 1993.

Dos 40 doentes estudados houve um ligeiro predomínio do sexo masculino e 60% destes tinham idades igual ou inferior a 2 anos. As articulações mais atingidas foram: joelho (39%), coxo femural (36,5%) e ombro (13%). Só num doente houve envolvimento de mais do que uma articulação.

A dor (exponânea ou despertada à mobilização) foi o sintoma mais precoce e surgiu em todos os doentes enquanto que outros sinais inflamatórios só foram observados em 70% dos mesmos.

O agente etiológico foi isolado em 50% dos doentes: 19 no exame cultural do líquido articular e 1 em hemocultura. A infecção por *S.aureus* foi a mais frequente e surgiu em todos os grupos etários, enquanto que a infecção por *H.influenzae* foi mais comum abaixo dos dois anos.

Todos os doentes efectuaram antibioterapia endovenosa com um mínimo de 8 dias e máximo de 30 dias (média 14,8 dias). A associação de uma penicilina penicilinase-resistente com aminoglicosídeo foi o esquema terapêutico predominante seguido da associação de um aminoglicosídeo com uma cefalosporina de 2ª ou 3ª geração.

Todas as crianças foram submetidas a terapêutica descompressiva por artrocentese (média 2 punção/doente). Em 2 doentes houve necessidade de drenagem por artrotomia.

Sómente 12,5% dos doentes ficaram com sequelas precoces nomeadamente limitação da abdução do membro ou claudicação da marcha.

Contacto: Maria Manuel Zarcos - Serviço 2 do H.D.Estefânia.



## **“ÍNDICE DE GRAVIDADE DE DOENTES CIRÚRGICOS EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS” - Casuística de 2 anos.**

C.Vasconcelos, D.Barata, A.Marques, J.Estrada -Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.  
F.Alves, C.Borges, L.Nobrega, P.Casella -Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.E.

XIV Congresso Nacional de Cirurgia. Lisboa. Março 1994.

**RESUMO:** Analisou-se a população de doentes cirúrgicos internados na UCIP do H.D. Estefânia durante um período de 1991 a 1993, ensaiando uma caracterização através da utilização de índices pré, intra e post-operatórios.

Estudaram-se retrospectivamente os processos de todos os doentes operados no HDE e cujo post-operatório decorreu na UCIP tendo utilizado os índices ASA, Surgical Stress Score e o PRISM no imediato post-operatório. A intervenção terapêutica foi avaliada pelo índice TISS.

O estudo incidiu sobre 131 doentes que representaram 12,3% das admissões na UCIP 89 por cirurgias electivas e 42 por cirurgia urgente.

A média de TISS foi de 19,2 +/-10,6, sendo significativamente mais alta do que nos doentes médicos. Houve uma correlação entre as classes altas do ASA e do SSS e as classes mais altas do TISS e PRISM.

A mortalidade (8 doentes - 6,1%) ocorreu nas classes mais altas de ASA, SSS e PRISM. Globalmente consideramos que a conjugação dos três índices (ASA, SSS, PRISM) permite melhorar a caracterização dos doentes cirúrgicos.

## **"SEARCH MOLECULAR ALTERATIONS IN WILMS' TUMORS"**

A.Santos, M.Osório-Almeida -Laboratório de Genética Molecular FCT/UNL, Monte da Caparica.

B.Boavida - Laboratório de Genética Humana, INSA, Lisboa.

M.Silva, A.Costa - Serviço de Pediatria, H.S.M., Lisboa.

A.Gentil-Martins - Departamento de Cirurgia Pediátrica - H.D.E., Lisboa.

4th European Workshop on Cytogenetics and Molecular Genetis of Human Solid Tumors  
Woodwijkerhout, the Netherlands - April 1994.

**RESUMO:** The identification of 11p deletions in rare patients with Wilms' tumor (WT) led to the localization of acritical genomic region for WT in 11p13.

A candidate gene for Wilms' tumor was isolated and cloned. Since then, molecular analysis of this gene have disclosed germinal and somatic mutations in patients with Wilms' tumor, thus confirming its role in the actiology of WT.

A second, critical, genomic region was proposed to be involved in the WT - 11p15 - where the second gene - WT2 - is thought to be localized. Recently, two imprinted genes in the 11p15 region demonstrated monoallelic expression in WT - H19 and IGF2.

These results give evidence for the existence of a novel mechanism involved in Wilms' tumorigenesis. In the present work, DNA and RNA from patients with WT, with and without visible chromosome deletions in 11p13, were analysed for mutations in WT1.

SSCP analysis was performed for the four zinc finger domains of WT1 gene. PCR direct sequencing was used to further characterize the alterations found in SSCP patterns.

The RNA was analysed by RT-PCR.

Tumors were screened for the expression of both H19 and IGF2 genes in order to establish the importance of those genes in wilms' tumorigenesis.

Contacto: António Gentil Martins - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.

## **“MÃO QUEIMADA E AMPUTAÇÃO”**

Z.Serafim,R.Duarte - Departamento de Cirurgia do H.D. Estefânia.

M.Costa - Serviço de M.F. e Reabilitação do H.D. Estefânia.

VII Reunião anual da SPOCMA. Hospital da Prelada. Porto. Abril 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam vários casos de queimaduras em crianças de idade inferior a 15 anos tratados na Unidade de Queimados do Hospital Materno-Infantil D. Estefânia, em Lisboa.

Todas as crianças apresentavam queimaduras graves da(s) mão(s), que levaram à amputação, parcial ou total.

Contacto: Zinia Serafim - Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

## **“TRATAMENTO DOS HIPOSPÁDIAS” - Uma orientação pessoal ou a evolução de um princípio.**

A.Gentil-Martins.

Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa. Portugal.

Sdad Española Cirugia Pediatrica - La Coruña. Junio 1994.

**RESUMO:** Este trabalho pretende apresentar a sistematização alcançada ao fim de mais de 30 anos de experiência na terapêutica dos Hipospádias.

As técnicas utilizadas servem-se do princípio básico da faixa mediana como base da reconstrução da uretra, princípio que não perdeu validade desde que foi escrito por Denis Browne, se esteja hoje longe da técnica por ele utilizada (da qual resta apenas o princípio fundamental, da faixa mediana, em si mesmo). Tudo o resto, do material e tipo de sutura à drenagem, do tratamento sobre a glândula, tudo é diferente.

Apresenta-se a orientação utilizada nos vários tipos e graus de Hipospádias, com as alterações próprias a cada situação, levando à divisão em seis variantes básicas da técnica fundamental, procurando sempre que possível fazer-se a reconstituição do prepúcio.

Nos casos distais utiliza-se uma técnica num tempo e nos casos proximais utilizam-se técnicas em dois tempos. Nas situações mais graves, do tipo vulviforme, faz-se igualmente, no segundo tempo, a transposição superior do pénis, segundo técnica pessoal.

Mostram-se as vantagens da técnica permitindo obter num espaço de tempo relativamente curto e com o mínimo de sofrimento, um órgão erétil, capaz de executar normalmente as suas funções urinárias e sexual e simultaneamente com um aspecto tão próximo do normal quanto possível.

Contacto: António Gentil Martins - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D. Estefânia.

**“SACRO-COCCIGEAL TERATOMAS”  
- An oncological, functional and aesthetic problem.**

A.Gentil-Martins.

Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa. Portugal.

British Association of Paediatric Surgeons. XXXXI Annual International Congress.  
Rotterdam, The Netherlands - June-July 1994.

**RESUMO:** The aim of this Poster is to describe our attitude towards the treatment of sacro-coc-cigeal teratomas, as far as the oncological, functional and aesthetic problems they entail, with special reference to a new technique for designing the skin flaps - the “H” ou “4 flaps” technique.

Our present concepts are based on more than 30 years personal experience and deal particularly with the timing for operation, perineal reconstruction and fashioning of the skin flaps for plastic repair of the sacro-coc-cigeal area in order to obtain normal looking buttocks (a problem often overlooked or simply badly executed).

4 flaps are raised, of which the basic flap is inferior and medial being round shaped, parallel to the anus, and the others, one superior and medial and the other two laterals.

Only safely irrigated flaps areas are preserved, left longer than the expected needs and to be trimmed at a final stage of the operation, after the muscular rectal complex of De Vries and Peña is reconstructed.

In conclusion: Functionally normal results are obtained and also an almost normal aesthetic appearance, with symmetry of the buttocks.

## **"OSTEOMIELITE CRÓNICA NA CRIANÇA"**

A.Lucas, A.Monteiro, J.Pascoal, J.Antunes.

Hospital de Dona Estefânia - Departamento de Cirurgia Pediátrica

I Jornadas Hispano-Lusas de Los Hospitales D. Estefânia (Universidade Nova de Lisboa) Y Hospital General Universitario "Gregorio Marañon" (Universidad Complutense de Madrid) Departamentos de Pediatría Y Cirugía Pediátrica. Madrid. Octubre 1994.

**RESUMO:** Os autores procederam à revisão de 13 casos de Osteomielite Crónica sequela de osteomielite aguda, internados no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia no período de 1 de Janeiro de 1987 a 31 de Dezembro de 1993.

Estudaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, raça, proveniência, motivo de internamento, exames complementares de diagnóstico, terapêutica, duração do internamento, complicações e sequelas.

Dos 13 doentes, 9 (69%) eram de raça negra e provenientes dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa).

A apresentação clínica foi variada e em 5 crianças (38%) atingiu mais do que um osso.

Isolou-se agente patogénico em 9 (69%) dos casos. Todos os doentes fizeram terapêutica antibiótica e 10 (76%) necessitaram de terapêutica cirúrgica. 9 das crianças (69%) ficaram com sequelas.

Contacto: José Antunes - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.

## **“PATOLOGIA CIRURGICA CORRENTE NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA”**

P.Casella.

Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

XVI Jornadas Nacionais de Pediatria da SPP. Oliveira de Azemeis. Outubro 1994.

**RESUMO:** Apresentamos as causas mais frequentes de envio à consulta de Cirurgia Pediátrica que ocorrem nos primeiros anos de vida, dando particular atenção à patologia passível de ser tratada em regime de internamento de curta duração.

As causas mais frequentes que levam os Pediatras a enviar para observação por Cirurgia Pediátrica são a patologia peniana (Fimose ou Hipospádias), a patologia herniária e da região inguino-escrotal, os tumores das partes moles, as alterações crónicas do trânsito intestinal e as dores abdominais.

Para cada grupo de patologias são discutidos o processo diagnóstico e os meios auxiliares adequados bem como qual a idade ideal para o seu tratamento de modo a procurar coordenar correctamente o envio destes doentes para os centros de referência, optimizando os recursos existentes no local de origem.

## **"CIRURGIA DO RECÉM-NASCIDO MUITO BAIXO PESO" - Experiência de 6 anos.**

P.Casella, F.Alves, C.Borges.

Departamento de Cirurgia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião da Secção de Neonatologia da SPP. Outubro 1994.

**RESUMO:** Material e métodos: A Cirurgia do Recém-Nascido Muito Baixo Peso (RNMBP) constitui ainda um desafio importante para : Cirurgiões, Anestesiastas e Neonatologistas.

Proposemo-nos analisar retrospectivamente os processos clínicos referentes aos doentes cirúrgicos deste grupo, internados na UCIN do Hospital Dona Estefânia, no período compreendido entre 1898 e 1994.

Resultados: Durante este período de 6 anos tratámos cirurgicamente 18 RNMBP: 12 RN de peso > 1000 < 1499 gr (X = 1200 gr) e 6 com peso < 1000 gr (X = 830 gr), não incluindo nesta casuística mais 9 casos que foram submetidos a cirurgia menor (hérnia inguinal ou acessos vasculares).

A idade média das mães foi de 25,8 anos (18-34) e a paridade média de 2,3 (1-5). Os nossos casos distribuíram-se do seguinte modo por raça e sexo: 15 de raça branca e 3 de raça negra, 11 do sexo feminino e 7 masculino, 8 casos eram provenientes da Maternidade do nosso Hospital e os restantes 10 foram transferidos de outras maternidades.

A mediana da idade de internamento foi de 1 dia, variando entre o primeiro e o 34º dia de vida.

A distribuição das patologias foi a seguinte: Enterocolite Necrosante (NEC) 4 casos, Ileus Meconial e suas complicações: 4 casos, Defeitos da Parede Abdominal: 4 casos, Atresias do Tracto Digestivo: 4 casos, 1 Volvo do Intestino Médio e uma Apendicite.

A idade média operatória foi de 9,3 dias variando entre 1 e 40 dias; nos casos de NEC esta média foi de 19,5 dias. Houve necessidade de reintegrar cirurgicamente em 27,7% dos casos.

No grupo de RN com peso inferior 1000 gr verificámos uma mortalidade de 83% (5/6) e no grupo de peso entre 1000 e 1499 gr verificámos uma mortalidade 30% (4/12). Em ambos os grupos os óbitos foram devidos, na maioria, a causas não directamente relacionadas com a intervenção cirúrgica.

O internamento médio na UCIN foi de 41 dias (1-167).

Discussão: Da nossa experiência nestes doentes de elevado risco cirúrgico verifica-se:

- 1- Os portadores de patologia congénita apresentaram uma mortalidade mais elevada (41,6%), do que os doentes portadores de patologia adquirida, NEC e outros (33,3%).
- 2- A oclusão intestinal post-operatória foi a principal causa de reintervenção.
- 3- A cirurgia definitiva só foi possível em 30% dos sobreviventes.

Contacto: Paolo Casella - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.



## "ATRÉSIA DO ESÓFAGO" - Experiência de 10 anos (1984-1993).

P.Casella, F.Alves, J.Cabral, M.Serelha.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do H.D.Estefânia (UCIN).

Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.E.

Unidade de Gastroenterologia Pediátrica do H.D.Estefânia.

Reunião da Secção de Neonatologia da S.P.P. Outubro 1994.

**RESUMO:** Objectivos: Análise da experiência institucional no tratamento e seguimento dos doentes portadores de Atrésia do esófago.

Material e métodos: Aplicação de um protocolo uniforme na análise dos processos clínicos de 66 casos de atrésia do esófago admitidos na UCIN num período de 10 anos (1984-1993). Avaliação dos resultados obtidos através do controle endoscópico e compHmetria dos sobreviventes.

Resultados: Em 59 casos foi encontrada atrésia proximal com fístula distal, em 5 casos atrésia sem fistula e em dois casos fistula sem atrésia. A distribuição dos casos pelas classes prognósticas de Waterston e a mortalidade encontrada para cada uma delas, é representada na quadro seguinte:

Classes	Nº casos	Mortalidade %	Sobreviventes
A	22	9,9	20
B1	12	8	11
B2	12	42	7
C1	10	30	7
C2	10	90	1

A maioria dos doentes das classes B e C apresentava malformações graves associadas que serão discutidas.

Em 53 casos procedeu-se à anastomose primária nas primeiras 36 horas de vida, tendo-se optado apenas por derivação nos restantes 13 casos. Houve necessidade de reintervir precocemente em 6 casos. No pós-operatório a maioria dos doentes foi submetida a ventilação mecânica.

A avaliação endoscópica da maioria dos sobreviventes revelou uma incidência de estenose moderada da anastomose em 70% dos casos, que regrediu com duas sessões de dilatação esofágica. Estas estenoses não são correlacionáveis com o tipo de material de sutura utilizado.

Conclusões: A comparação de dados desta série com os verificados em revisões anteriores permite evidenciar uma melhoria significativa dos resultados obtidos quanto a mortalidade e morbidade.

Torna-se indispensável o seguimento e controle gastroenterológico a longo prazo destes doentes com vista a prevenir e tratar atempadamente as sequelas.

Contacto: Paolo Casella - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.

## **“OSTOMIAS NA CRIANÇA”**

P.Casella.

Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

1º Congresso Nacional de Ostomizados. IPOFG - Lisboa. Dezembro 1994.

**RESUMO:** As particularidades que a Criança apresenta em relação ao Adulto, quanto à sua estrutura e composição corporal, tipo de pele e comportamento, determinam que as ostomias praticadas neste grupo etário tenham características especiais quanto à sua localização, confecção e manutenção.

Também as indicações e a duração previsível das ostomias é diferente na Criança, em que predominam as indicações temporárias por malformação e rareiam as indicações por doença neoplástica.

As ostomias podem ser classificadas em função da sua finalidade como de derivação/protecção ou de nutrição, quanto à sua duração em temporárias ou definitivas, e ainda em continentemente e incontinentemente.

Apresentamos os diversos tipos de ostomias utilizadas na Criança, em função da sua localização, quais os cuidados a aplicar em cada tipo e quais os problemas e complicações que podem surgir, propondo medidas práticas para as despistar e solucionar.

Apresentamos também a técnica de Gastrostomia Percutânea Endoscópica, recentemente implantada em colaboração com a Unidade de Gastroenterologia do HDE, que permite com baixa morbilidade grandes benefícios para o suporte nutricional de doentes com deficit neurológico grave.

Contacto: Paolo Casella - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D. Estefânia.

## **“PLASTIAS RECONSTRUTIVAS DO PERINEO FEMININO”**

**- Descrição de técnica pessoal.**

M.José-Leal - Departamento de Cirurgia Pediátrica.

J.Mendes - Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Sta. Maria.

XVII Jornadas Nacionais de Pediatria. Macau. Dezembro 1994.

**RESUMO:** São apresentados 12 casos de Plastias Reconstitutivas do Períneo Feminino, em doentes de idades compreendidas entre os 6 meses e os 17 anos.

2 tratavam-se de cicatrizes viciosas consequentes a infecção muito graves de períneo, uma delas com fistula recto vaginal. 7 malformações ano rectais baixas, submetidas no período neonatal a proctoplastia por “cut-back”. 2 malformações rectais altas tratadas pelas técnicas de Romualdi e Peña, respectivamente; a primeira teve complicações de infecção perineal no pós operatório imediato e sequela de fistula recto vaginal; a segunda o resultado estético não era satisfatório. 1 caso de celosomia inferior, com prévio encerramento da extrofia vesical.

Nos dois últimos casos foi mantida a colostomia pré-existente e na atresia alta com fistula foi efectuada colostomia. Em todos os outros casos a cirurgia foi proposta sem colostomia prévia, sendo efectuada preparação intestinal e mantida dieta essencial e obstipação terapêutica durante cerca de uma semana.

A técnica cirúrgica consiste na confecção de dois retalhos simétricos de rotação para reconstrução do espaço vulvo anal com pele e tecido celular sub cutâneo de boa qualidade; nos planos profundos procede-se à dissecação recto-vaginal com eventual excisão e encerramento de fistula, miorrafia dos levantadores do recto, miorrafia do transverso do períneo e do bulbo cavernoso com estabelecimento do centro fibroso do períneo.

Em um caso houve necessidade de recorrer a colostomia no 2º dia pós operatório por complicação de diarreia.

Os resultados estéticos e funcionais são em todos os casos muito bons, com excepção da celosomia, considerados como aceitáveis.

## "NOMA DA FACE"

G.Valadas, M.José-Leal - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.  
L.Carvalho - Serviço 2 do H.D. Estefânia.

XVII Jornadas Nacionais de Pediatria. Macau. Dezembro 1994.

**RESUMO:** Noma da face, estomatite gangrenosa ou cancro oris, é uma lesão progressiva com sequelas mutilantes graves da face. Ocorre preferencialmente em crianças imunodeprimidas e mal nutridas.

Descreve-se um caso precedente da Guiné-Bissau, com 3 anos de idade, a quem depois de avaliado o estado imunológico e tratada a infecção tórpida da lesão, foi reconstruída a zona mutilada correspondente ao lábio superior, comissura labial e região jugal direitas com :

- retalho frontal em "carteira"
- retalhos muco cutâneos do lábio superior esquerdo e lábio inferior;
- libertação da fibrose periarticular;
- reabilitação funcional articular.

Contacto: Maria José Leal - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.

## **"QUEIMADURAS GRAVES POR CHOQUE ELÉCTRICO"**

**- A propósito de quatro casos clínicos.**

E.Caneira, Z.Serafim, R.Duarte, M.Sobral, M.José-Lcal  
Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

XVII Jornadas Nacionais de Pediatria. Macau. Dezembro 1994.

**RESUMO:** A gravidade das queimaduras eléctricas resulta de factores diversos como são: a voltagem, a amperagem, o tempo de contacto, o arco eléctrico, a resistência dos tecidos, etc.

Na Unidade de Queimados do Hospital de Dona Estefânia foram internados de Janeiro de 1992 a Janeiro de 1994, um total de 286 doentes, sendo 22 por choque eléctrico. Destes, descrevem-se 4 casos considerados graves, ocorridos em crianças do sexo masculino, de idades compreendidas entre os 10 e 13 anos, fora de casa, com voltagens diferentes, em actividades consideradas como lúdicas ou de "experiências": 2 no telhado de habitação, 1 num ramal ferroviário, 1 num caso eléctrico de zona portuária.

As áreas queimadas oscilam entre 4% e os 70%, sendo todos de 2º e 3º graus; o tempo de internamento vai desde 38 a 116 dias.

Além do tratamento médico e cirúrgico na fase aguda, segundo as necessidades, citam-se as sequelas cutâneas 1-cicatrizes deformantes, bridas 2-neurológicas e 3-psicológicas, com realce para o último doente que sofreu amputação média da perna esquerda e dos 4º e 5º raios do pé direito.

Conclui-se com a importância da acção educativa na prevenção destes acidentes, assim como legislação adequada. Destaca-se a necessidade duma equipa multidisciplinar e centro especializado para tratamento destes doentes.

Contacto: Elisa Caneira - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D. Estefânia.

## **"REIMPLANTAÇÃO URETERAL NA CRIANÇA"**

I.Andrade, N.Andrade, A.Lucas, D.Ferra-Sousa.  
Hospital de Dona Estefânia - Departamento de Cirurgia Pediátrica.

XVII Jornadas Nacionais de Pediatria. Macau. Dezembro 1994.

**RESUMO:** Fez-se o estudo retrospectivo de todas as crianças submetidas a reimplantação ureteral no período de 1 de Julho de 1991 e 30 de Junho de 1994 no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia.

Seleccionaram-se 114 crianças, correspondendo a 163 ureteres reimplantados. Foram estudados os seguintes parâmetros: sexo, idade, manifestações clínicas à data do diagnóstico diagnóstico pré-natal, exames complementares de diagnóstico pré e pós-cirúrgicos, patologia que motivou a reimplantação, patologia associada, técnica cirúrgica e evolução.

Mais de metade das crianças têm idade inferior a 2 anos; 85% teve infecções urinárias e só 20% tinha diagnóstico pré-natal de patologia urológica; os exames complementares pré-operatórios mais pedidos foram a ecografia (77%) e a cistografia (71%) e no pós-operatório foi a cistografia (75%); a patologia etiológica mais frequente foi o RVU (58%); as técnicas utilizadas foram a de Cohen e a de Politano; 70% das crianças evoluíram para a cura após a primeira intervenção.

Contacto: Isabel Andrade - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.

## **“QUISTO DO COLÉDOCO”- Casuística Operatória do Serviço 3 - Cirurgia Pediátrica H.D.Estefânia.**

R.Duarte, F.Santana, C.Salgado, H.Sá-Couto- Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.E.  
J.Cabral, L.Cunha.- Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia.

Revista Portuguesa de Pediatria. 1994.

Palavras-Chave: Quisto do colédoco; dilatação quística da via biliar; classificação;  
diagnóstico; tratamento cirúrgico.

**RESUMO:** Fez-se a revisão de 6 casos de quisto do colédoco, operados no Serviço 3 do Hospital e Dona Estefânia entre 1986 e 1990.

Três doentes apresentaram-se sob a forma de colestase neonatal e os restantes com a tríade clássica -dor, massa no hipocôndrio direito e icterícia.

Refere-se a importância da ultrassonografia e da cintigrafia hepatobiliar no diagnóstico.

Comentam-se as técnicas empregues e a necessidade de cirurgia precoce nas formas neonatais como factores determinantes da evolução clínica.

## **“A CIRCUNCISÃO RITUAL E CORRECÇÃO PLÁSTICA DA FIMOSE”**

M.José-Leal - Departamento de Cirurgia Pediátrica H.D. Estefânia.  
J.Mendes - Hospital de Santa Maria - Lisboa

Acta Médica Portuguesa. 1994.

**RESUMO:** Os autores descrevem duas variantes da sua técnica pessoal de plastia do prepúcio para tratamento da Fimose.

Utilizam uma variante da técnica de Duhamel, incisando a face dorsal do prepúcio em Sitálico nos casos em que o anel estenosante é moderado e permite um deslizamento com exposição de glande.

Nos casos de Fimose muito acentuada ressecam *ad minima* o prepúcio e fazem uma plastia YV na face dorsal e se necessário uma pequena excisão da pele ventral excedente.

Em ambas as técnicas conseguem um bom resultado estético, muitos dos casos operados são difíceis de distinguir dum prepúcio normal.

As plastias com conservação de prepúcio tendem a ser as mais utilizadas na cultura europeia contemporânea, onde os motivos rituais desapareceram e os hábitos de higiene se instalaram.

Salvo por motivos religiosos ou indicações médicas precisas (diabetes, lesões dermatológicas, etc) a correcção de Fimose por técnicas mutilantes tende a desaparecer.

Contacto: Maria José Leal - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.



## **“ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2 ANOS DE ACTIVIDADE DA UNIDADE DE QUEIMADOS DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA”**

Z.Serafim, R.Duarte, M.Sobral, M.José-Leal -Departamento de Cirurgia Pediátrica.  
M.Costa, B.Condeça - Serviço de Medicina Física e Reabilitação do H.D. Estefânia.

Reunião de Serviço.

**RESUMO:** Os autores fizeram um estudo retrospectivo dos doentes internados na Unidade de Queimados desde 1 de Janeiro de 1992 a 31 de Dezembro de 1992.

Neste Período foram internados 289 doentes com idade inferior a 15 anos.

Foram avaliados os seguintes parâmetros: Sexo, idade, agente etiológico, percentagem de área queimada (TSBA), tempo de internamento, morbidade e mortalidade.

Em relação ao sexo houve um predomínio do sexo masculino (54%).

O grupo etário de risco situou-se entre o primeiro e o terceiro ano de vida (56%).

Os agentes etiológicos mais frequentes foram os líquidos quentes (65%), seguido pelo fogo (24%) e pela electricidade (6%).

O valor médio de percentagem de área queimada (TSBA) foi de 12% com desvio padrão de 11%.

O tempo de internamento médio foi de 22 dias com desvio padrão de 19 dias.

A mortalidade foi de 2%.

## **"SEQUESTRAÇÃO PULMONAR EXTRALOBAR NEONATAL"**

### **- A propósito de um caso.**

M.España, A.Gentil-Martins.

Departamento de Cirurgia do Hospital de Dona Estefânia.

Revista da S.P. de Cirurgiões Pediátricos. Dezembro 1994.

Palavras-Chave: Sequestração extralobar neonatal; Patologia pulmonar neonatal.

**RESUMO:** Apresenta-se um caso de sequestração pulmonar extralobar com uma forma de apresentação pouco frequente (processo infeccioso), idade pouco comum (período neonatal) e que é bem demonstrativo das dificuldades de diagnóstico diferencial existentes na maioria destas situações, cujo diagnóstico definitivo é feito apenas durante a intervenção cirúrgica exploradora.

Este caso põe a claro a importância da apreciação clínica em confronto com a aceitação acrítica dos exames de diagnóstico mais sofisticados.

Complementarmente, faz-se uma revisão teórica sobre este tema.

Contacto: Margarida España - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.

## **"MOLECULAR AND CYTOGENETIC STUDIES AS A PROGNOSTIC FACTOR IN NEUROBLASTOMA"**

M.Boavida, S.Sotto-Mayor, G.Isidro - Departº de Genética Humana INSA,Lisboa,Portugal.  
S.Caspurro, E.Coimbra - Serv.Pediatria; Serv Anat.Patológica, Hosp.Sto.António ,Porto.  
J.Pinheiro, A.Gentil-Martins - Serv. de Pediatria IPO, Lisboa. Portugal.

European Society of Human Genetics - 26th Annual Meetin. Paris. France. June 1994.

**RESUMO:** Deletion of the short arm of chromosome 1 (1p36) and N-myc amplification are recognized prognostic factors in neuroblastoma.

Reduction of telomeric repeats seems to be associated with the tumour progression (Jpn. J. Cancer Res., 83, 159, 1992).

These markers were evaluated in a series of 13 neuroblastomas by Southern blotting, with adequate probes.

Karyotype was performed in 6 tumours.

The results indicate the presence of a normal karyotype in all tumours examined.

N-myc amplification and loss of 1p36, were detected in four tumours (stages III and IV) while reduction of telomeric sequences was apparent in one.

Two of these four patients died soon after surgery, of metastatic invasion, and the other two are under chemotherapy.

All others are in complete or partial remission, or died of secondary problems to the neuroblastoma, except one, who is under treatment.

Our results confirm the prognostic power of N-myc amplification and 1p36 deletion, and suggest that reduction of telomeric repeats may also be a useful indicator.

## **"PARTIAL NEPHRECTOMY IN WILMS' TUMOURS"**

A.Gentil-Martins, M.Sousinha, M.España.

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Lisboa - Portugal.

British Association of Paediatric Surgeons. XXXXI Annual International Congress  
Rotterdam, The Netherlands - June-1st July 1994

**RESUMO:** The aim of this paper is to demonstrate not only the feasibility but also the advantages of partial nephrectomy, not only in bilateral but particularly in unilateral Nephroblastomas.

For this purpose we present the cases operated directly by us or in which we have actively participated.

Surgery has always been preceded by a four weeks period of polychemotherapy, using Actinomycin D, Vincristin and Epiadriamycin.

Partial nephrectomy was performed in 13 unilateral tumours and 10 bilateral tumours and the follow-up period is, in all cases, over two years.

In none of the Patients was there a local recurrence, for the authors the only major contraindication for this type of conservative/radical surgery, if it existed in higher percentage to the one found with total nephrectomy.

2 Patients with bilateral tumours died of renal failure due to insufficient renal tissue remaining, what might have justified simple enucleation.

All 13 unilateral tumour Patients having had partial nephrectomy are alive and well.

In order to minimize sequelae and to improve quality of future life, partial nephrectomy should always be considered whenever it can be safely performed, what may happen in approximately 20% to 25% of the cases.

In conclusion: Nephron sparing surgery, whenever feasible, is nowadays the surgery of choice not only in bilateral but also in unilateral Wilms Tumours, as local recurrence rate is not increased but depends, in a large measure, on pre-operative polychemotherapy.

Contacto: António Gentil Martins - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D. Estefânia.

## **"THE ROLE OF SURGERY IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF SEQUELAE OF CHILDREN'S CANCER THERAPY"**

A.Gentil-Martins

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Lisboa - Portugal.

International Society of Paediatric Oncology (SIOP) XXVIth Meeting.

"The Cure of Children with Cancer". Paris. September 1994.

**RESUMO:** The aim of this paper is to demonstrate the role of Surgery in the prevention and treatment of sequelae of Cancer Therapy.

Based on more than 30 years experience in Pediatric Surgical Oncology, the author presents exemplary cases of primary prevention - staged total facial skin replacement, conservative bone surgery, partial nephrectomies, conservative yet radical vaginal surgery, gonad shifting, excision of pigmented lesions and extensive neurofibromatous lesions, secondary prevention - one stage total facial skin replacement, immediate jaw reconstruction and oral rehabilitation, bone grafting and immediate joint reconstruction, partial cystectomies, tertiary prevention (or rehabilitation) - correction of facial, mammary thoracic or limb deformities, correction of limb dismetries or angulations and of scolioses, correction of secondary lymphadema, etc.

Conclusion: in spite of a more limited use of radiotherapy and of the valuable help of chemotherapy, it is shown that surgery and the way in which it is performed still remains an essential tool in the sequelae of Cancer treatment.

## **“O VALOR DA APLICAÇÃO CONJUNTA DE METODOLOGIAS DA BIOLOGIA MOLECULAR, CITOGENÉTICA E HIBRIDAÇÃO IN SITU PARA O ESTABELECIMENTO DO PROGNÓSTICO EM NEUROBLASTOMA”**

M.Boavida, A.Alves, R.Marques, J.Furtado, G.Isidro-Depart° Genética Humana, INSA, Lisboa.  
J.Caspurro, E.Coimbra -Serv.de Pediatria; Serv. de Anatomia Patológica, H.St° António, Porto.  
J.Pinheiro, A.Gentil-Martins -Serviço de Pediatria, IPO, Lisboa.  
Jornadas de Genética Luso-espanholas. Lleida. Outubro 1994.

**RESUMO:** Os neuroblastomas revelam grande heterogeneidade clínica e biológica. A variedade de comportamentos reflecte-se, nomeadamente, em diferenças de ploidia, aberrações cromossómicas estruturais, incluindo perda de heterozigotia em 1p36 (LOH) e amplificação de oncogenes (N-myc).

Reconhece-se, hoje em dia, a existência de uma correlação estreita entre a co-existência de alguns destes parâmetros e o tipo de prognóstico (Cancer, 70, 1685, 1992).

Para o seu estudo, torna-se importante o recurso a variadas metodologias laboratoriais, nomeadamente da Biologia Molecular, da Citogenética e da Citogenética de interfase através da hibridação in situ.

No presente estudo, que envolveu 15 doentes com neuroblastoma, analisaram-se a LOH, a amplificação de N-myc, a constituição cromossómica e/ou a ploidia dos tumores, usando as metodologias referidas.

Os resultados indicam a coexistência de LOH e de amplificação de N-myc em 4 tumores (27%). Um destes, com conteúdo tetraploide, apresenta simultaneamente anomalias dos cromossomas 1, 9, 11 e 17.

Todos tiveram, tal como esperado evolução desfavorável. Os resultados da hibridação in situ sugerem a existência de triploidia em dois tumores, um dos dois confirmado por cariótipo. Estes, assim como os restantes, de conteúdo diploide (7), ou desconhecido (5), mas sem LOH ou amplificação de N-myc, evoluíram satisfatoriamente ou morreram por causas secundárias ao tumor.

Em conclusão, pode dizer-se que foi possível, em geral, confirmar o valor de prognóstico de parâmetros em estudo. Demonstra-se que a aplicação conjunta das três metodologias em curso é indispensável para a completa caracterização dos tumores.

Contacto: António Gentil Martins - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D.Estefânia.

## **"SARCOMA DE EWING/PNET, COM METASTASES PULMONARES"**

A.Gentil-Martins.

Serviço de Pediatria, Centro de Lisboa - Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil

Revista da S.P. de Cirurgiões Pediatras.

Congresso da Sociedade Internacional de Oncologia Cirúrgica Pediátrica. Paris. Outubro 1994.

**RESUMO:** É analisado o problema de uma criança, de raça branca, de dez anos de idade, com uma história de um mês de dor inguinal, coxear e febrícula, acompanhados de tumefacção da região ilíaca direita.

A biópsia mostrou que se tratava de um Sarcoma de Ewing/Pnet e os exames de imagem, que ele se estendia do rebordo ilíaco até ao acetábulo e existiam já metástases pulmonares bilaterais.

O doente é tratado com quimioterapia intensiva durante dois meses, iniciando Rosen T9 mas passando depois a CESS/86 (alto risco), com melhoria local acentuada e desaparecimento inicial das metástases pulmonares, recidivando no entanto estas à direita ainda sob tratamento.

A Cintigrafia era duvidosa quanto à existência de uma metástase a nível de D11. O estado geral era excelente e os pais ansiosos, mas cooperando bem.

Dois opções terapêuticas se colocavam:

- a) Irradiar a asa do ilíaco + manter quimioterapia + eventualmente fazer cirurgia das metástases pulmonares + novamente quimioterapia.
- b) Fazer a excisão da lesão da asa do ilíaco, com colocação de enxerto ósseo (de Banco) + cirurgia das metástases pulmonares + irradiação pós-operatória da zona operada + quimioterapia.

Tomando em consideração o grau de eficácia do controlo local e do controlo das metástases, o prognóstico global e a qualidade de vida (sofrimento resultante da terapêutica e aspectos funcionais quanto a mobilidade e ainda "normalidade" de vida pessoal e familiar) que se poderiam alcançar usando uma ou outra das opções terapêuticas acima referenciadas e sem também esquecer, embora em segundo plano, o custo dos tratamentos, a nossa decisão foi pela opção a).

Os Pais, no entanto, preferiram optar pela opção b), proposta por colegas de um centro estrangeiro, que assegurava (!) bons resultados.

O doente foi operado ao Íliaco e à Metástase Pulmonar Direita, vindo a falecer com Metástases generalizadas, cerca de oito meses após a intervenção cirúrgica. Até lá nunca saíu do leito, imobilizado que estava em aparelhos gessados, e sofreu o trauma de duas grandes intervenções cirúrgicas.

A hipótese a), que defendíamos, teria levado quase seguramente ao mesmo resultado final, mas teria condicionado uma qualidade de vida, durante os últimos oito meses, seguramente melhor. Esta teria sido, tanto quanto possível, normal até ao desenlace.

Vale a pena dizer, parafraseando J. Horsley, que "uma bela operação, que faz perder a qualidade de vida a um doente, não é alternativa terapêutica que satisfaça".

Contacto: António Gentil Martins - departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D. Estefânia.

## **"COLESTEATOMA CONGÉNITO"**

L.Monteiro, C.Carvalho.

Serviço 5 - Otorrinolaringologia do Hospital de Dona Estefânia.

Jornadas de Otorrinolaringologia Pediátrica do H. Sto. António. Porto. Março 1994.

**RESUMO:** O Colesteatoma congénito é uma entidade clínica apenas recentemente reconhecida, sendo a sua definição estabelecida por Derlaki e Clemis em 1965.

Mercê da melhoria das condições de saúde, permitindo o acesso das populações cada vez mais Pediatras e Otorinolarinologistas descrevem casos de colesteatomas congénitos, sendo, na maioria das séries da literatura mundial, a idade média de diagnóstico entre os 2,3 e os 4,3 anos de idade.

Pode tratar-se de um achado assintomático no decurso de um exame de rotina (situação ideal) ou surgir quando da investigação de uma hipoacúsia. Está muitas vezes associado a outras malformações.

Nesta comunicação descrevem-se três casos clínicos de crianças de 10 meses, 13 meses e 8 anos, todos confirmados intra-operatóriamente.

Contacto: Luisa Monteiro - Serviço 5 do H.D. Estefânia.



## **"SARCOMA SINOVIAL DA HIPOFARINGE"**

L.Monteiro, R.Farinha, R.Fino, C.Ferreira.  
Serviço 5 - Otorrinolaringologia do H.D. Estefânia.

XII Congresso Internacional de Otorrinolaringologia/Cirurgia Cervico-Facial. Macau, Setembro 1994.

Prémio Bial - melhor comunicação livre- Associação Portuguesa de O.R.L.P.C.F. ("ex-aequo")

**RESUMO:** O sarcoma sinovial é um tumor frequente das extremidades, sobretudo em jovens. No entanto a sua localização cervical é muito rara e desenvolve-se a partir de tecidos de origem mesenquimatosa. Pode ocorrer a nível da orofaringe, hipofaringe (24 casos descritos na literatura mundial), laringe e osso hióide. É um tumor menos agressivo do que o das extremidades e raramente metastiza à distância.

Descrive-se um caso de um doente do sexo masculino, 12 anos de idade internado pela urgência por hemoptises, com uma massa esbranquiçada ocupando 3/4 do diâmetro da hipofaringe, a biópsia feita por microcirurgia laringea em suspensão revelou tratar-se de um sarcoma sinovial.

O doente foi tratado no I.P.O.F.G. tendo feito poliquimioterapia, tendo sido submetido posteriormente a faringectomia e celulectomia, encontrando-se bem, um ano após o diagnóstico.

## **“LESÕES METASTÁTICAS DO OSSO TEMPORAL”**

**- A propósito de três casos clínicos.**

L.Monteiro, V.Calado, C.Ferreira.  
Serviço 5 - O.R.L. do Hospital de Dona Estefânia.

XII Congresso Nacional de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial. Macau. Setembro 1994.

**RESUMO:** Nesta comunicação os autores fazem uma revisão das formas de apresentação das metástases do osso temporal, fazendo uma referência aos aspectos etiológicos, anatomopatológicos e clínicos.

Descrevem-se três casos clínicos, um referente a uma criança e dois referentes a adultos com metástases do osso temporal.

No primeiro caso, tratou-se de uma criança do sexo feminino, quatro anos de idade com uma paralisia facial periférica resultante de uma metástase de um neuroblastoma; noutro caso tratava-se de uma mulher de 42 anos com paralisia facial, surdez neurosensorial e otorreia por extensa lesão metastática temporal de adenocarcinoma da mama; o último caso era respeitante a um homem de 64 anos, com otorragia, acufenos, vertigens, hipoacúsia e otalgia, por metástase temporal de carcinoma da bexiga.

Contacto: Luisa Monteiro - Serviço 5 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“UTILIZAÇÃO DE UM DERIVADO TÍMICO (TIMOMODULINA) NA PROFILAXIA E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS RECORRENTES (IRR) NA CRIANÇA”**

A.Melo, C.Carvalho, C.Ferreira.

Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital D Estefânia.

Estoril. Novembro 1994.

**RESUMO:** Foram seleccionadas 20 crianças que frequentavam a consulta externa de Otorrinolaringologia do Hospital D. Estefânia, com história clínica de Infecções Respiratórias Recorrentes (IRR) com comprometimento da árvore respiratória superior, 12 do sexo masculino (60%) e 8 do sexo feminino (40%), de idades compreendidas entre os 3 e os 8 anos (média 4,9 anos), e incluídos em estudo clínico com Leucotrofina (Timomodulina) durante 3 meses consecutivos.

No final do período de tratamento observou-se uma redução, estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), dos parâmetros clínicos em análise: frequência de episódios infecciosos, número de dias de febre e número de dias de absentismo escolar.

Registou-se uma redução da resposta infecciosa confirmada pela diminuição da contagem de Leucócitos de 9130 ( $\pm 2350$ ) para 8467,9 ( $\pm 3582,6$ ).

Observámos um aumento da IgA e da IgM, bem como uma redução da IgE, comprovando as melhorias clínicas que se observaram precocemente.

Não foram registados quaisquer efeitos secundários ou reacções adversas tendo os pacientes e/ou seus pais manifestando a sua opinião sobre o tratamento da seguinte forma: Muito Bom- 2 (10%), Bom- 12 (60%), Regular- 5 (25%) e Mau- 1 (5%).

## “RONCOPATIA E SINDROMA DE APNEIA DO SONO”

L.Monteiro.

Serviço 5 - Otorrinolaringologia do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 5.

Jornadas de Otorrinolaringologia da Beira Interior. Covilhã. Outubro 1994.

**RESUMO:** A roncopatia e o síndrome de apneia do sono, são duas entidades clínicas associadas e cuja investigação se tem desenvolvido nos últimos anos, sendo a sua importância clínica reconhecida, quer na idade pediátrica quer na adulta.

Após a definição de roncopatia, pausa respiratória e apneia, são apresentados vários dados epidemiológicos, descrita a etiopatogenia e as complicações sistémicas destas situações clínicas.

É também descrita a abordagem multidisciplinar diagnóstica e terapêutica, bem como as diferentes técnicas cirúrgicas, respectivos resultados a curto e médio prazo e complicações mais frequentes.

Contacto : Luisa Monteiro - Serviço de O.R.L.do Hospital de Dona Estefânia.

## **“HIDRONEFROSE COMPLICADA EM LATENTE”**

I.Penas, M.Rodrigues, R.Carneiro, J.Veiga-Gomes.  
Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia.

Sessão de Casos Clínicos - S.Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear. Coimbra. Maio 1994.

Palavras-Chave: Ecografia; Cistografia; Infecção Urinária.

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de um lactente, sexo feminino, nascido a 27/12/93, gravidez vigiada, com ecografias obstétricas normais.

Às 10 horas de vida foi submetida a cirurgia para correcção de meningocele, tendo-se posteriormente efectuado ecografias para despiste de eventuais malformações associadas.

Eco Transfontanelar 30/12/93 - Síndrome de Arnold Chiari II.

Eco Abdominal e renal 03/01/94 - Moderada ectasia bilateral do excretor. Imagens ecogénicas punctiformes a nível do rim e uretero lombar direito, sem cone de sombra.

Teve alta a 01/02/94 com profilaxia para infecção urinária.

Em 08/03/94 fez Cistouretrografia retrógrada permiçcional que revelou RVU bilateral com preenchimento dos cálices e bacinete por “molde” radiotransparente.

Na ecografia: hidronefrose à esquerda com cavidades direitas ectasiadas e preenchidas com imagens heterogéneas de tipo sólido sem cone de sombra.

Fez terapêutica anti-fúngica com negatificação de culturas para fungos a partir da 1ª semana.

Os autores apresentam este caso pela raridade de uma infecção fúngica desta gravidade num lactente sem antecedentes de suspeição.

Salientam o papel fundamental da Imagiologia na estratégia diagnóstica.

## **“ALTERAÇÕES ECOGRÁFICAS DA AORTA ABDOMINAL PÓS-CATETERISMO NO RN”**

I.Penas, N.Henrique., R.Carneiro, J.Veiga-Gomes.  
Serviço de Imagiologia do Hospital D. Estefânia.

II Congresso Nacional de Radiologia. Porto. Outubro 1994.  
Palavras-Chave: Ecografia; Aorta Abdominal.

**RESUMO:** Desde há muito é conhecida a possibilidade de formação de trombos na aorta abdominal após cateterismo no RN.

Com vista à detecção dessa possível complicação o mais precoce possível, foram efectuadas ecografias de controle nas 1<sup>as</sup> 48h após retirada do catéter.

Verificou-se o aparecimento de alterações ecográficas variadas, propondo-se os autores a dar notícia das mesmas ao fazer uma breve correlação com a clínica das crianças afectadas e salientando a importância dos achados ecográficos no estabelecimento de medidas terapêuticas.

Contacto: Maria Isabel Daniel Penas - Serviço de Imagiologia do H.D.Estefânia.

## **“ENTEROCOLITE NECROSANTE”.**

C.Barrueco, A.Nunes., R.Carneiro.  
Serviço de Imagiologia do Hospital D. Estefânia.

II Congresso Nacional de Radiologia (SPRMN). Outubro 1994.

Palavras-Chave: Aeroportia; Ultrassonografia.

**RESUMO:** A enterocolite necrosante (NEC) é uma causa comum de morbilidade e mortalidade neonatal.

O diagnóstico é normalmente feito com base nos sintomas clínicos (distensão abdominal, intolerância alimentar, fezes sanguinolentas, sinais de irritação peritoneal), confirmados pelos achados radiológicos (ansas dilatadas, pneumatose intestinal, aeroportia, pneumoperitoneu).

A presença de gás no sistema porta (aeroportia) tem sido considerado um sinal de gravidade da NEC, com prognóstico reservado.

Os autores apresentam o caso de uma criança sem evidência radiológica de NEC, em que a ecografia demonstra a presença de ar na veia porta.

Com este caso clínico, pretende-se chamar a atenção para o contributo da ultrassonografia no diagnóstico da aeroportia.

## **“INVAGINAÇÃO INTESTINAL”**

A.Nunes, N.Henriques, I.Penas, E.Soares.  
Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia.

II Congresso Nacional de Radiologia. Porto. Outubro 1994.

Palavras-Chave: Invaginação Intestinal; Criança.

**RESUMO:** O diagnóstico imagiológico da invaginação intestinal é cada vez mais do domínio da ecografia, passando o clister opaco a ter um papel mais restrito, ainda que importante como medida terapêutica.

Os autores apresentam sob a forma de Poster, os aspectos imagiológicos da Invaginação Intestinal, nomeadamente da radiografia simples do abdomen, ecotomografia e clister opaco.

É descrita a técnica de redução hidrostática praticada no nosso serviço, referindo-se as suas contra-indicações.

Expõem-se o protocolo seguido no Hospital de D. Estefânia perante uma suspeita de Invaginação Intestinal.

Contacto: Ana Maria Vizinho Nunes - Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia.



## **“MASSA QUISTICA ABDOMINAL”**

M.Patrocínio, C.Barrueco, J.Furtado - Serviço de Imagiologia do H. Dona Estefânia.  
M.España - Departamento de Cirurgia Pediátrica do H.D. Estefânia.

II Congresso Nacional de Radiologia. Porto. Outubro 1994.

Palavras-Chave: Ecografia; Massa Quística; Teratoma.

**RESUMO:** Os autores apresentam em forma de Poster, um caso clínico de uma criança de 6 anos de idade, do sexo feminino internada no Hospital de Dona Estefânia em 16/06/94, para esclarecimento de massa abdominal.

Na Doença actual apenas havia a realçar aumento progressivo do volume do abdomen, com maior crescimento nos últimos 2 meses, não associada a outros sinais ou sintomas.

Foi solicitado ao Serviço de Imagiologia do H.D.E. estudo Ectomográfico Abdominal e Radiografia Simples do Abdomen.

A Ecografia Abdominal revelou massa com cerca de 15 cm, bem delimitada, contornos regulares, com estrutura interna quística, multiloculada. Ecogenicidade variável dos diferentes compartimentos, com líquido puro, não puro e ainda ecogénico.

Efeito de massa com desvio e compressão das estruturas abdominais adjacentes. Ovário direito não visualizado.

Radiografia Simples do Abdómen: Mostrou massa de partes moles com duas calcificações/ossificações no seu interior.

O conjunto dos aspectos fizeram-nos colocar como hipótese de diagnóstico mais provável teratoma quístico complicado.

Foi efectuada cirurgia.

O resultado anatomo-patológico da peça operatória confirmou a hipótese de diagnóstico colocada.

## “MEGACALIOSE”

M.Patrocínio, A.Nunes, J.Furtado.

Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia.

II Congresso Nacional de Radiologia. Porto. Outubro 1994.

Palavras-Chave: Megacalicosc; Hidronefrose.

**RESUMO:** A megacalicosc é uma malformação congénita rara, que consiste numa hipoplasia das pirâmides medulares com ectasia calicial, sem dilatação da árvore pielo-ureteral.

Os autores apresentam dois casos clínicos de Megacalicosc, diagnosticados e seguidos no Hospital de Dona Estefânia.

São ilustrados os seus aspectos radiológicos e ecográficos característicos.

Pretende-se com este tema, salientar a importância da imagiologia na caracterização desta entidade, dando-se ênfase ao papel da urografia de eliminação. Esta quando correctamente conduzida e interpretada, permite, em correlação com os outros exames (ecografia, cistouretrografia), fazer o diagnóstico diferencial com situações obstrutivas que requerem correcção cirúrgica.

Contacto: Ana Maria Vizinho Nunes - Serviço de Imagiologia do H. D. Estefânia

## **“ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO”**

M.Patrocínio, C.Barrueco, I.Penas, J.Veiga-Gomes.  
Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia.

II Congresso Nacional de Radiologia. Porto. Outubro 1994.

Palavras-Chave: Estenose Hipertrófica do Piloro; Ecografia.

**RESUMO:** Uma das entidades mais frequentes na Urgência abdominal não traumática em Pediatria é a Estenose Hipertrófica do Piloro.

Presentemente o diagnóstico é ecográfico e todos os imagiologistas devem ter um conhecimento perfeito das imagens que fazem o diagnóstico, já que o mesmo deve ser rápido e levar à intervenção cirúrgica imediata.

Os critérios ecográficos utilizados são os seguintes:

- Comprimento do canal pilórico  $\geq 14$  mm
- Espessura do musculo pilórico  $\geq 3$  mm
- Alteração na dinâmica do normal esvaziamento gástrico.

Os autores propõem-se apresentar um poster com várias ecografias do arquivo do Serviço.

## **“AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA - DOENÇA DE GLANZMAN”**

H.Santos, A.Rosa, M.Ferreira.

Serviço Patologia Clínica - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Serviço de Patologia Clínica. Fevereiro 1994.

Palavras-Chave: Doença Glanzman; Agregação plaquetária.

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso de Doença de Glanzman numa criança de 7 anos de idade, sexo feminino, pais saudáveis sem consanguinidade, com vários internamentos por epistáxis muito abundantes com início aos 2 anos de idade.

Este caso revelou: Plaquetas = 166 - 196 x 1000/ul; Tempo de Hemorragia muito prolongado; Padrão de Agregação Plaquetária característico de doença de Glanzman (Aglutinação com ristocetina sem resposta à agregação com os restantes agonistas).

Aproveitando este caso pouco frequente (cerca de 300 descritos na literatura) faz-se uma revisão teórica da doença focando a história, hereditariedade, manifestações clínicas e evolução da doença. No aspecto laboratorial referem-se os diversos testes utilizados para diagnóstico, classificação da doença e suas variantes, nomeadamente, agregação plaquetária e estudo das glicoproteínas da membrana da plaqueta.

As autoras referem o mecanismo de agregação plaquetária, principais métodos de estudo (Método óptico de Born em plasma rico em plaquetas e Cardinal e Flower em sangue total), indutores de agregação e aglutinação mais utilizados (A.D.P.; colagénio; epinefrina; ácido araquidónico e ristocetina).

Apresentam um traçado de agregação pelo método óptico relacionando-o com as diferentes fases de evolução de activação plaquetária: 1ª fase induzida por agentes de agregação exógenos, com activação plaquetária e formação de agregados, inicialmente reversíveis e posteriormente irreversíveis; 2ª fase reflectindo a libertação dos constituintes plaquetários.

Terminam comparando as curvas da agregação típicas obtidas do plasma do doente com as de uma testemunha, salientando ainda a presença de uma curva induzida pelo colagénio e obtida por difusão da luz, representando a 1ª fase de “shape change” da plaqueta.

Contacto: Helena Augusta Santos - Serviço de Patologia Clínica do H. de Dona Estefânia.

## **"PROPOSTA DE PROFILAXIA EM CIRURGIA NO H.D.E."**

R.Barros.

Serviço de Patologia Clínica do H.D. Estefânia.

Proposta apresentada aos Directores de Serviço do H.D.E.. Abril 1994.

**RESUMO:** Objectivo: Pretende-se gerir internamente o problema da Profilaxia em Cirurgia ao obter informação acerca da indicação do Antibiótico: Profilaxia, Terapêutica empírica, Terapêutica devida a Informação comprovada (i. é. exame bacteriológico positivo). Introdução de Folha Terapêutica Antibiótica para facilitar e permitir essa gestão.

Material e métodos: Consulta de bibliografia respeitante a Trabalhos Científicos de valor comprovado acerca de Infecção da Ferida Cirúrgica e das Recomendações emanadas de SHEA (Society for Hospital Epidemiology of America); APIC (Association for Practitioners in Infection Control); CDC (Centers for Disease Control); SIS (Surgical Infection Society).

Ao instituir-se Profilaxia Antimicrobiana pretende-se diminuir a incidência da Infecção especialmente a da Ferida Cirúrgica sobretudo depois de certos tipos de operações, mas os benefícios devem ser bem pesados em relação aos riscos tóxicos, alérgicos, selecção de bactérias resistentes e Super infecções. Em relação à "Cirurgia limpa", em geral não se recomenda a Profilaxia; com excepção da Cirurgia Cardíaca (Cir. de coração aberto incluindo procedimentos valvulares, bypass das coronárias), Vascular (cirurgia reconstructiva na aorta abdominal, perna, incluindo amputações das extremidades inferiores por Isquémia), Neurocirurgia (implantação de shunts do líquido cefalo-raquidiano), Ortopedia (colocação de próteses).

A escolha de um agente antimicrobiano para uma profilaxia efectiva deve ser dirigido contra os microorganismos infectantes mais prováveis consoante a localização da cirurgia. O que se pretende não é erradicar todos os microorganismos infectantes mas diminuir-los para um valor abaixo do número crítico necessário para causar infecção. Para muitos procedimentos a Cefazolina que tem uma semi-vida longa no soro tem sido efectiva. Para a cirurgia colo-rectal e apendicectomia tem sido preferida a Cefoxitina porque é mais activa contra alguns anaeróbios do que a cefazolina; incluindo o *Bacteróides fragilis*. As Cefalosporinas de 3ª geração não devem ser usadas como profilaxia. O seu espectro de acção inclui micro-organismos raramente encontrados em cirurgia electiva e o seu espectro alargado promove a emergência de resistências e antimicrobianos de valor para outras situações. Em relação à Profilaxia não está provado que uma cefalosporina de 2ª ou 3ª Geração seja melhor do que uma de 1ª Geração. Ao utilizar a Folha de Antibióticos pretende-se gerir o problema internamente, ao obter a Informação acerca da indicação do antibiótico (Profilaxia, Terapêutica Empírica ou Terapêutica devida a informação comprovada). Estes dados podem ser compilados, revistos e informar os Médicos em relação aos padrões de prescrição dos antibióticos. Tende também a diminuir a medicação exagerada. Se prescrever é demasiado fácil, há tendência para haver abuso.

Conclusão: Ao gerir de forma correcta a armas que são os Antibióticos pretende-se diminuir a pressão selectiva na Ecologia do Hospital, diminuir gastos desnecessários e os padrões de uso dos Antibióticos são benéficos na formação post-graduada.

Contacto: Rosa Maria Barros - Serviço de Patologia Clínica do H. D. Estefânia.

## **“SURTO DE INFECÇÃO NOSOCOMIAL A *St.aureus* M.R. NUMA UNIDADE DE RECÉM-NASCIDOS”**

R.Barros, A.Lemos, T.Ferreira.

Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião da C.C.I.H. (Comissão Controla da Infecção Hospitalar) do H.D. E., Maio 1994.

Palavras-Chave: Infecção nosocomial; *St. aureus* metilina-resistente; Recém-Nascidos.

**RESUMO:** Objectivo: Estudo de um surto de infecção Nosocomial a *staphylococcus aureus* numa Unidade de Neonatologia.

Material e métodos: Entre Fevereiro e Maio de 1994 foram isoladas estirpes de *Staphylococcus aureus* Metilino-resistentes e com o mesmo perfil alargado de resistência aos Antibióticos em 11 recém-nascidos. Foi feita fagotipagem de algumas das estirpes isoladas com o seguinte resultado: Perante o isolamento de mais de uma estirpe de *Staphylococcus aureus* com perfil de Resistência aos Antibióticos semelhante, foram feitas visitas ao Serviço para alertar o Pessoal do Serviço e consultar os processos dos doentes:

Motivo de internamento -Patologia cirúrgica e sujeitos a intervenção cirúrgica 4-36%; Patologia Médica -prematuridade associada a D. da M. Hialina -6-54%; ACIU 1-5%; Rotura precoce das membranas 1-5%. Produtos biológicos positivos: hemoculturas-5; pús-6; secreções brônquicas-7. Todos os doentes estavam medicados com terapêutica antibiótica múltipla. Diagnóstico de infecção nosocomial-Sépsis a *Staphylococcus aureus* em todos os doentes. Consequências: 4 doentes falecidos -36%; 6 doentes tiveram alta -59%; 1 doente continua internado.

Constatou-se pela localização dos doentes dentro do Serviço terem sido provavelmente as mãos do Pessoal o veículo de transmissão a partir dos doentes colonizados ou infectados.

Medidas tomadas para resolução do problema: Isolamento dos doentes colonizados ou infectados; salientou-se mais uma vez junto do pessoal do serviço a importância da lavagem correcta das mãos entre doentes assim como a execução correcta das técnicas assépticas.

Conclusões: Este surto de Infecção Nosocomial vem mais uma vez salientar a importância do *Staphylococcus aureus* como agente etiológico de Infecção Nosocomial nas Unidades de recém-nascidos ao provocar elevada morbidade e mortalidade. A revisão dos procedimentos isto é Lavagem das Mãos e Técnicas Assépticas levou rapidamente ao controlo do surto.

Contacto: Rosa Maria Barros - Serviço de Patologia Clínica de H.D. Estefânia.

## "DOENÇA DE VON WILLEBRAND"

M.Guimarães, H.Santos.

Serviço de Patologia Clínica do H.D.Estefânia.

Reunião de Serviço. Outubro 1994.

**RESUMO:** O factor de von Willebrand (FVW), é sintetizado nas células endoteliais e megacariócitos, e tem uma vida média de cerca de 24 horas. A maior parte do FVW do plasma provem das células endoteliais, sendo 15% transportado nos grânulos das plaquetas. As células endoteliais segregam o FVW numa taxa contínua, contudo esta libertação pode ser aumentada por vários estímulos. O FVW funciona como transportador e estabilizador do factor VIII coagulante (FVIIIc) e a sua principal acção é mediar a interacção entre a plaqueta e a parede vascular.

É uma doença hereditária, genética e clinicamente heterogénea, sendo a gravidade da sintomatologia variável de acordo com o subtipo da doença de von Willebrand (DVW) sendo o defeito uma produção anormal, quantitativa ou qualitativa..

Têm sido descritos novos subtipos, o que levou à recente revisão da classificação pelo Comité Científico de Padronização da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostase.

A hipótese diagnóstica põe-se pela história clínica, fazendo-se em seguida uma série de exames para confirmação e posterior classificação da DVW, os quais devido à grande variabilidade da doença, devem ser repetidos 3 a 4 vezes.

No Laboratório do H.D.E. (Secção de Trombose e Hemostase), além do tempo de hemorragia, pelo método Ivy mod.(TH) e do tempo de tromboplastina parcial activada (PTTa), dispomos ainda dos seguintes testes: retenção das plaquetas em coluna, doseamento do antígeno do FVW (FVWag), determinação da actividade do FVIIIc e do cofactor da ristocetina (FVWRco) e avaliação da aglutinação das plaquetas por agregometria (RIPA).

Apresentamos para exemplificação, 2 casos (TMA e JMB) de DVW e 1 caso (DP) com trombocitopénia e aumento da agregabilidade com baixas concentrações de ristocetina, discutindo-se o diagnóstico diferencial entre DVW IIb e pseudo DVW:

	TMA		JMB		DP			valor ref
	93	94	91	91	91	92	93	
TH	11 (Ivy)		>10(Duke)		9(Dk)	10(Dk)	19(Dk)	<10(Ivy)
PTTa	32,9	11	16,6	11,1	25,3			20-30 "
plaq	240		464	407	21	20	99	150-400x1000/ul
FVWag	17	21	<2,7	<2,4	136		93	60-150%
FVIIIc		23	14,8	16,4		115	70	50-200%
FVWRco	>7		<5	<1	>54	>64	>8	50-150%

Contacto: Dr<sup>a</sup>Helena Augusta Santos - Serviço de Patologia Clínica do H.D.Estefânia.

## **"PESQUISA DE UREAPLASMA UREALITICUM EM RECÉM-NASCIDOS DE PRÉ-TERMO"- Estudo preliminar.**

I.Peres, R.Barros. - Serviço de Patologia Clínica do H. D. Estefânia.

VII Congresso de Patologia Clínica. Estoril. Novembro 1994.

Palavras- Chave: Ureaplasma Urealiticum; Recém-Nascido.

**RESUMO:** Os Mycoplasmas humanos fazem parte da flora normal da mulher adulta. Assim podemos encontrar U.urealiticum em 60% de mulheres normais e 20% de M.hominis. Ambos parecem ser patogénicos oportunistas tendo sido isolados em cultura pura de hemoculturas de mulheres com febre post-parto. Na mulher grávida tem sido implicado em corioamnionites, roturas prematuras das membranas e consequentes infecções neonatais. As mais frequentes são meningites, infecções respiratórias e sépsis.

A técnica utilizada permite a cultura, identificação e titulação diferencial dos Mycoplasmas urogenitais e baseia-se na utilização das propriedades metabólicas destes microorganismos, nomeadamente a hidrólise da ureia pelo Ureaplasma urealiticum e da arginina pelo Mycoplasma hominis com libertação de amoníaco e alcalinização do meio. A reacção é visualizada pela viragem de indicador vermelho de fenol.

Foram estudados os 60 recém-nascidos de pré-termo internados no Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia no período que decorreu entre 20 de Agosto de 1993 e 8 de Outubro de 1994, dos quais testámos amostras de urina - 76, secreções endotraqueais 46, sangue -27 e líquido cefalo-raquidiano -1.

Tendo obtido os seguintes resultados positivos correspondentes a dez doentes:

Urinas..... 9

Secreções endotraqueais..... 6

Podemos concluir que os resultados positivos foram de acordo com a clínica excepto em três doentes (provável colonização).

Constatou-se serem todos recém-nascidos de muito baixo peso.

Em face do insuficiente número de doentes estudados, este trabalho vai continuar.

Contacto: Isabel Peres - Serviço de Patologia Clínica do H. D. Estefânia.



## “PESQUISA DE ANTIGÉNIOS SOLÚVEIS NO DIAGNÓSTICO DA MENINGITE BACTERIANA”

I.Peres, R.Barros - Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia.

L.Carvalho - Serviço 2 do H.D.Estefânia.

C.Neves - Serviço 1 do H.D.Estefânia.

VII Congresso de Patologia Clínica. Estoril. Novembro 1994.

**RESUMO:** A meningite bacteriana nas crianças é ainda hoje uma doença grave com mortalidade elevada e por vezes com sequelas neurológicas. A detecção precoce do microorganismo causador da meningite e o tratamento adequado precoce são essenciais para melhorar o prognóstico. O exame microscópico do L.C.R. pela coloração do Gram depende da experiência do examinador. O exame cultural bacteriano dá um bom resultado somente após 24 a 48 horas. Por estes motivos utilizamos na urgência o teste de detecção rápida de antígenos bacterianos pelo método de aglutinação pelo Latex.

**Material e métodos:** O presente estudo foi efectuado no Laboratório de Patologia Clínica e na Enfermaria de Doenças Infecto-contagiosas do Hospital de Dona Estefânia no período de 1987 a 1993 num total de 1234 meningites, sendo 692 víricas, 419 bacterianas e 123 sem agente isolado. Os resultados comparativos foram estabelecidos entre as técnicas bacteriológicas clássicas (exame directo e cultural) e as imunológicas (aglutinação pelo Latex - Slidex meningite Kit (BioMérieux), Pastereux Meningite (Sanofi).

Resultados:

	CULT.	GRAM	AG.BACT.	FALSOS +	FALSOS -
N.meningitidis	255	127	50	0	134
H.influenzae	88	70	70	13	19
S.pneumoniae	28	18	18	0	7

Conclusões:

	Str.pneum. (%)	H.influenzae (%)	N.mening. (%)
Sensibilidade	80	90	27
Especificidade	96	96	100
V.Preditivo Posit.	82	93	100
V.Preditivo Negat.	95	94	47
Eficiência	92	93	56

É um método com boa sensibilidade e especificidade em relação ao Streptococcus pneumoniae e ao H.influenzae, não concludente em relação às Neisseria meningitidis isoladas visto a maior parte serem do grupo b para o qual só existe reagente no mercado há relativamente pouco tempo. Pensamos que deverá continuar a ser utilizado na Urgência de Pediatria devido às situações de meningite decapitadas por prévia antibioterapia.

Contacto : Isabel Peres - Serviço de Patologia Clínica do H.D.Estefânia.

## **"HIGIENE E SEGURANÇA EM MICROBIOLOGIA"**

R.Barros, O.Chantre, M.Pinto, E.Pina.

Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia.

I.G.I.F.

VII Congresso de Patologia Clínica. Estoril. Novembro 1994.

Palavras-Chave: Higiene; Segurança; Microbiologia.

**RESUMO:** Objectivo: A fim de avaliar as condições de Higiene e Segurança nos Laboratórios de Microbiologia, foi enviado a 26 hospitais um inquérito que incidiu sobre: a) instalações; b) segurança contra incêndios, instalação eléctrica, abastecimento de gás; c) condições de higiene; d) segurança contra riscos biológicos.

Material e métodos: A taxa de respostas foi de 77% (20 laboratórios):

a) Na maior parte, as portas de acesso abrem para dentro do próprio Laboratório. Apenas 4 têm saída de emergência. Em 13 a área por pessoa é inferior ao mínimo recomendado.

b) Na maior parte dos casos não existem sistemas de detecção de incêndios e chuveiros de emergência; 8 têm instalação eléctrica ligada a um gerador de emergência; Só 8 possuem tomadas com dispositivo de protecção. Dos 11 que utilizam gás de botija, 4 ainda se mantêm instaladas no interior. A maior parte dos bicos de Bunsen não têm dispositivo de segurança e não são verificados periodicamente. Apenas 3 laboratórios têm normas gerais de segurança escritas, mas nenhum tem estojo/equipamento de emergência.

c) O equipamento para lavagem de mãos foi considerado satisfatório na maioria dos laboratórios. Os cacifos são utilizados para roupa pessoal e de trabalho. Em 17 hospitais a roupa de trabalho pode ser lavada no próprio hospital. A maioria faz algum tipo de selecção de resíduos. Em 5 hospitais o lixo contaminado é autoclavado antes do envio para o exterior.

d) Apenas 7 laboratórios de microbiologia têm câmara de segurança. Existem 6 laboratórios que praticam pipetagem não automática e também 6 reutilizam material não recuperável. Há laboratórios onde se verificam práticas indesejáveis (comer, beber ou fumar) no local de trabalho.

Conclusões: Embora as condições de higiene e segurança sejam variáveis e dependentes em parte da "idade" do laboratório, em nenhum deles são cumpridas todas as regras de segurança recomendadas pela OMS, sendo necessário definir as prioridades para as melhorias a implementar.

Contacto: Rosa Maria Barros - Serviço de Patologia Clínica do H. D. Estefânia.

## **“HELICOBACTER PYLORI”- Estudo preliminar Hospital de Dona Estefânia.**

T.Ferreira, R.Barros.

Serviço de Patologia Clínica do H. D. Estefânia.

Reunião de Serviço. Novembro 1994.

Palavras-Chave: Helicobacter pylori.

**RESUMO:** Introdução: Warren e Marshall efectuaram em 1982 o 1º isolamento cultural da bactéria. Agente de Gastrite e eventual factor major na patogénese da ulcera péptica.

Objectivo: Pretendeu-se avaliar o método ELISA para estudo serológico de infecção por Helicobacter pylori, em crianças do H.D.F.

Material e métodos: Foram estudados 35 doentes do Hosp.D. Estefânia Serviço de Gastro: 19 do sexo feminino e 16 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 4-16 anos (0-5 anos = 1 (3%); 6-10 anos = 20 (57%); 11-16 anos = 14 (40%)).

Em todas as crianças foram efectuados os seguintes exames: Endoscopia alta seguida de biópsia; teste de urase; exame bacteriológico directo e cultural; serologia Ig A/M/G método Elisa (Biorad).

Foram consideradas positivas as amostras com concentração superior a 20U/ml e negativas as amostras com concentração igual ou inferior a 12,5U/ml. As amostras foram sempre testadas com controlos positivo (25-50U/ml), negativo (10U/ml) e quatro padrões com concentrações entre 0 e 100U/ml.

Resultados: Consideramos a Biópsia o “Gold Standard”.

Biópsia: 27 amostras com resultado positivo (52% Gastrite crónica superficial; 37% Gastrite crónica profunda e 11% outro) e 8 amostras com resultado negativo.

Exame cultural: Verdadeiros positivos = 20; falsos positivos = 0; Falsos negativos = 7 e verdadeiros negativos = 8. Este exame apresentou uma sensibilidade - 74%, especificidade - 100%, VPP - 95%; VPN - 50% e eficiência do teste - 77%.

Exame directo: verdadeiros positivos = 20; falsos positivos = 1; falsos negativos = 7 e verdadeiros negativos = 7. Este exame apresentou uma sensibilidade - 74%; especificidade - 8%; VPP - 95%; VPN - 50% e eficiência do teste 77%.

Serologia para IgA, M,G: verdadeiros positivos = 3,22 e 21; falsos positivos = 0,5 e 3; falsos negativos = 24,5 e 6 e verdadeiros negativos = 8,3 e 5, respectivamente. Este teste apresentou sensibilidade 11%, 81% e 78%, especificidade 100%, 38% e 63%, VPP 100%, 81% e 88%, VPN 25%, 38% e 45% e a eficiência do teste 31%, 71% e 74%, respectivamente.

Conclusões: O exame directo e cultural mostraram ser os melhores no momento.

Necessidade de Kits ELISA com maior sensibilidade para rastreio destes doentes principalmente IgA específico.

Observou-se uma razoável eficiência dos testes aferidos (71% a 80%).

## “ESTUDO PRELIMINAR COMPARATIVO DE DOIS SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE HEMOCULTURAS - BACTEC 9120 E VITAL”

I. Peres, R. Barros.

Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de Serviço. Dezembro 1994.

Palavras chave: Hemocultura; Automatização; Fluorescência.

**RESUMO:** Objectivo: Propusemo-nos estudar comparativamente o sistema de hemoculturas BACTEC 9120 (Becton-Dickinson) e o sistema VITAL (BioMerieux).

Material e métodos: BACTEC 9120 - um fluorocromo no sensor reage com o CO<sub>2</sub> libertado pela metabolização dos nutrientes do meio de cultura pelas bactérias presentes. Os fotodetectores medem o nível de fluorescência que corresponde à quantidade de CO<sub>2</sub> libertada. O aumento de fluorescência determina a positividade. VITAL - é um sistema totalmente automatizado que detecta crescimento mediante diminuição de fluorescência de uma molécula em solução no meio. Esta molécula capta prótons, electrões, CO<sub>2</sub> e outros radicais gerados pelo metabolismo microbiano com a correspondente perda de fluorescência.

Estudámos desde 15 de Julho de 1994 a 15 de Dezembro de 1994, 400 pares de hemoculturas para germes aeróbios BACTEC PEDS PLUS e VITAL AER, inoculadas com 1 ml de sangue. As colheitas foram efectuadas à cabeceira do doente e enviadas para o Laboratório onde foram imediatamente introduzidas nos respectivos aparelhos. Foram utilizados protocolos de 7 dias tendo sido a seguinte a demora a positivar:

	BACTEC	VITAL		Falsos +	Falsos -
<24 h	36 - 61,0%	36 - 50,7%	BACTEC	3 - 1,5%	3 - 1,5%
<48 h	11 - 18,6%	10 - 14,1%	VITAL	23 - 11,5%	5 - 2,5%
3 d	9 - 15,3%	8 - 11,3%			
4 d	2 - 3,4%	7 - 9,9%			
5 d	1 - 1,7%	5 - 7,0%			
>5 d	-	5 - 7,0%			

### Microorganismos isolados:

	BACTEC	VITAL	
St. aureus	13	13	Str. virid
St. epid.	10	12	Salm. ent
St. capitis	1		E. coli
St. haemol		1	Kleb. pne
St. simul.	1	1	Ps. acrog.
St. sciuri	3	2	Xant. malt
St. homin		1	Brucell. sp
Str. pneu	3	3	H. influen

BACT	VIT		BACT	VIT
1	4	N. mening	2	1
5	5	Sac. cerev		2
1	1	C. albican		2
1	1			
1	2			
4	5			
	2			
5	6			

**Conclusões:** Podemos concluir que os resultados de ambos os sistemas são sobreponíveis, apresentando o VITAL um maior número de falsos positivos que pensamos ser em parte devido à exposição prolongada à luz ambiente dos frascos das hemoculturas no transporte do Laboratório para as enfermarias. De notar que só o VITAL apresenta hemoculturas positivas para detecção de Brucella e de fungos.

Contacto: Isabel Peres - Serviço de Patologia Clínica do H.D. Estefânia.

## **“DESENVOLVIMENTO E DOENÇA CARDIACA INFANTIL”**

H.Portela, L.Duarte, A.Aldina, I.Portugal, L.Medeiros, M.Vasconcelos, M.Cary.  
Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia.

Jornadas de Medicina Física e Reabilitação do H.Stª Marta. Lisboa. Fevereiro 1994.

Palavras-chave: Reabilitação infantil; Desenvolvimento Psico-Motor (DPM); Cardiopatias Congénitas (CC) operadas; Sequelas neurológicas; Anóxia; Hipóxia.

**RESUMO:** A incidência das cardiopatias congénitas é de 8/1000 nados-vivos, sendo as mais frequentes a comunicação interventricular, comunicação interauricular, canal arterial persistente e tetralogia de Fallot.

Nos últimos anos, uma terapêutica médica e cirúrgica mais agressiva possibilitou uma maior sobrevivência das crianças com CC, particularmente complexas, aumentando no entanto o risco de lesões neurológicas. As lesões neurológicas, em crianças com CC operadas ou não, resultam de enfartes cerebrais (geralmente por um mecanismo embólico paradoxal), hemorragias, leucomalácias periventriculares e abscessos cerebrais. As sequelas neurológicas mais comuns são as lesões focais do S.N.C. (ex: hemiparésia), epilepsia, coreoatetose, síndrome parkinsoniana e apraxias.

Com o objectivo de avaliar as eventuais alterações do DPM da criança com CC, as autoras apresentaram o desenvolvimento normal da criança dos 0 aos 5 anos e alertaram para os sinais de alarme nas diversas etapas.

Foram apresentados os resultados de um estudo realizado em 1992 pelo Serviço de M.F.R deste hospital em colaboração com o Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Stª Marta e Drª Leonor Duarte (Serviço de Neonatologia do H.D.Estefânia).

Este estudo teve por objectivo avaliar o DPM de 26 crianças com CC operadas e nascidas em 1989. Foram factores de exclusão a prematuridade, outras malformações congénitas e asfixias perinatais. Todas as crianças realizaram ecografia transfontanelar nos períodos pré e pós-operatório e aos 6 meses de idade. Das 26 crianças, 14 apresentaram um DPM adequado, 4 um atraso global do DPM, 4 faltaram e 4 faleceram.

Na segunda fase do trabalho foram apresentados 3 casos clínicos de CC associados a outros factores de risco e sublinhada a intervenção da Reabilitação: 1-Caso 1: J.S.R., sexo masculino, raça caucasiana, nascido a 29/4/92. Cardiopatia congénita: PCA e origem anómala da artéria coronária esquerda. Diplegia espástica sequela de prematuridade. 2-Caso 2: J.F.M.E., sexo masculino, raça caucasiana, nascido a 20/1/87. Síndrome dos cílios imóveis/Cor pulmonale. Paralisia cerebral-hemiparésia direita. 3-Caso 3: M.R.R.G., sexo feminino, raça caucasiana, nascida a 11/8/91. Cardiopatia congénita: PCA com hipertensão pulmonar. Paralisia cerebral-tetraparésia mista.

Contacto: Helena Portela - Serviço de Medicina Física e Reabilitação do H.D.Estefânia.

## **“SEGUIMENTO E HABILITAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO”**

A.Alves, M.Vasconcelos, M.Cary, L.Medeiros.

Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço de M.F.R..

**RESUMO:** Os autores apresentam os resultados da avaliação do Desenvolvimento Psico-motor (DPM), numa população de 78 crianças pré-termo com peso à nascença inferior a 1500 gramas, nascidas entre Janeiro de 1989 e Dezembro de 1993, seguidas no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia, a maioria enviada pelo Serviço de Neonatologia do mesmo hospital.

Foram considerados os seguintes parâmetros: sexo, idade gestacional, peso ao nascer, ecografia transfontanelar, data da primeira intervenção do Serviço de M.F.R. e Desenvolvimento Psico-motor.

Os autores correlacionam a idade gestacional com a ecografia transfontanelar e esta com o DPM.

A avaliação do DPM fez-se segundo os testes de Mary Sheridan, Reynell e Griffiths, complementado com o exame neurológico.

O tipo, duração e modalidade da intervenção dependeu da gravidade da situação clínica, local de residência e disponibilidade familiar.

Contacto: Aldina Alves - Serviço de Medicina Física e Reabilitação do H. de Dona Estefânia.

## **“REABILITAÇÃO DOS ALONGAMENTOS DOS MEMBROS INFERIORES”**

L.Medeiros, M.Vasconcelos, M.Cary, B.Condeço, M.Levy.  
Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço de M.F.R.. Dezembro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam um estudo retrospectivo que incidiu sobre 20 crianças submetidas a alongamento dos membros inferiores com fixadores externos para correcção de dismetria, no período de 1986 a 1993. Estas crianças foram internadas no Serviço de Ortopedia Infantil do H.D.Estefânia e apoiadas pelo Serviço de M.F.R. A reabilitação tem início no pré-operatório e mantém-se após remoção do fixador externo, até à recuperação funcional da criança.

Foram analisados os seguintes parâmetros: 1-Idade: Foram efectuados alongamentos em crianças com idades compreendidas entre os 18 meses e os 15 anos, com predomínio na faixa etária dos 13 anos (7 crianças), próximo da maturidade óssea; 2-Sexo: 11 crianças pertencem ao sexo masculino e 9 ao feminino; 3-Etiologia da dismetria: Foi consequência de traumatismos, infecções, neoplasias e patologias congénitas, sendo este último grupo o mais frequente (13 crianças). Entre a patologia congénita, a hipoplasia óssea foi predominante (6 crianças); 4-Valor da dismetria: Variou entre 2,5 cm e 14 cm, sendo o valor mais frequente 4 cm; 5-Segmento alongado: 9 fémures e 11 tíbias; 6-Fixador externo utilizado: Em 10 crianças o Ilizarov, em 8 o Orthofix e em 2 o Wagner; 7-Relação entre o valor da dismetria e a duração do tratamento ortopédico: Não foi possível estabelecer qualquer relação, possivelmente pelo predomínio de complicações e pelo facto da etiologia congénita ser predominante; 8-Complicações: As mais frequentes foram-limitação articular/rigidez (80%), amiotrofia (40%), infecção dos fios/pinos (40%), desvios axiais (35%) e osteoporose. São ainda complicações a referir - dôr, consolidação precoce, não-consolidação, fractura, luxação, alterações vasculares, algoneurodistrofia e alterações psicológicas.

O tratamento de reabilitação, necessariamente moroso, tem início precocemente no período pré-operatório e mantém-se após a remoção do fixador externo, tendo como objectivos: 1-aumentar a amplitude articular; 2-aumentar a força muscular; 3-corrigir a atitude postural; 4-obter um padrão de marcha correcto.

Os resultados foram avaliados em função de dois parâmetros: I-Correção da dismetria (1 cm): 1 crianças corrigiram a dismetria (55%) e 6 não corrigiram (30%). Destas 6, 3 mantêm o fixador externo. Uma criança foi amputada e 2 abandonaram o Serviço; II- Padrão de marcha: 8 crianças obtiveram um padrão de marcha correcto (40%) e 9 um padrão incorrecto (45%). Destas 9, uma faz marcha com auxiliares, 2 necessitaram de compensação no sapato, uma foi amputada e 2 abandonaram o Serviço. Das 11 crianças que corrigiram a dismetria, 8 apresentam padrão de marcha correcto.

Do que foi exposto, concluímos que a reabilitação nos alongamentos dos membros inferiores é essencial para a obtenção de um bom resultado funcional.

Contacto:Luisa Medeiros - Serviço de Medicina Física e Reabilitação do H. de Dona Estefânia.

## **"SIAMESES"- A propósito de sete casos operados.**

J.Marques, L.Nóbrega.

Serviço de Anestesiologia - Hospital de Dona Estefânia.

IV Fim-de-Semana Pediátrico. Coimbra. Maio 1994.

**RESUMO:** Com o estudo retrospectivo de sete casos de separação de siameses, houve uma tentativa de agrupamento dos diferentes tipos e de extensão de órgãos envolvidos conjuntamente.

Partindo destes factos, fez-se o levantamento do peri-operatório, procurando comparar estes, com os dados estatísticos de outros autores.

Dos resultados obtidos salienta-se percentagens semelhantes à literatura consultada, quer no que diz respeito à incidência do sexo, distribuição morfológica e condicionamentos peri-operatórios.

Contacto: João Nunes Marques - Serviço de Anestesiologia do H.D. Estefânia.



## **“PREVENÇÃO DA INFECÇÃO HOSPITALAR NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS”**

D.Barata, L.Ventura, M.Santos, I.Fernandes.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia.

VIII Jornadas Pediátricas - Prevenção em Pediatria - H.D.Estefânia - Serviço 2. Janeiro 1994.

**RESUMO:** Fazem-se considerações sobre a importância da correcta distinção entre colonização, infecção e infecção hospitalar e das implicações clínicas que daí advêm.

A infecção hospitalar surge durante a hospitalização e os sintomas têm início cerca de 48 a 72 horas após a admissão. A sua incidência é consideravelmente superior nas Unidades de Cuidados Intensivos devido a múltiplos factores de risco relacionados não só com o hospedeiro, habitualmente imunocomprometido, como com a utilização de monitorização e procedimentos invasivos. É causado por agentes patogénicos frequentemente multirresistentes.

Referem-se as diversas medidas de prevenção da infecção hospitalar enfatizando-se a importância da lavagem adequada das mãos como o método mais eficaz na interrupção da cadeia de transmissão da infecção.

Realçam-se as indicações e os tipos de isolamento assim como o alargamento dos “Cuidados universais” a todas as crianças hospitalizadas.

Concluem que um programa de controlo da infecção numa Unidade de Cuidados Intensivos tem vários componentes, nomeadamente:

- Programação de uma política de desinfecção e esterilização do material e equipamento utilizado na Unidade.
- Estudos de vigilância epidemiológica e dos perfis bioquímicos dos agentes patogénicos responsáveis pela infecção hospitalar.
- Interdisciplinaridade institucional particularmente com a Comissão de Controlo de Infecção.
- Programas de intervenção durante os surtos epidemiológicos.

**“CUIDADOS INTENSIVOS”**  
**- Indicações, Meios Humanos, Equipamento, Enfermagem.**

C. Vasconcelos, D. Barata, R. Valente.

Enfª P. Silva, Enfª A. Lucas.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do H.D. Estefânia.

XIII Reunião sobre Temas Pediátricos-Urgências. Hospital Distrital de Abrantes. Janciro 1994.

**RESUMO:** A equipa médica e de enfermagem da UCIP do HDE faz a apresentação desta Unidade e refere-se ao seu modo de funcionamento de 1991 a 1993.

Após a abordagem teórica da qualificação técnica das Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, sua adequada programação e ligação interinstitucional, os autores verificaram de acordo com o referido no relatório da CNSI, estas ainda se encontram em fase insuficiente de funcionamento devendo-se a breve prazo rentabilizar os meios técnicos e humanos já existentes.

Analisando-se os dois primeiros anos de funcionamento desta Unidade, cuja a taxa de ocupação global para os doentes de maior gravidade é de 80,8% com uma taxa de disponibilidade de 53,5%, sendo a mortalidade global de 5,9% e de 11,1% se forem considerados os doentes mais graves.

Quanto ao movimento assistencial verifica-se que a distribuição por patologias manteve-se essencialmente igual no 1º e 2º anos excepto para as patologias infecciosas e digestiva que registaram aumentos significativos. Constatou-se também um aumento dos doentes cirúrgicos, assim como da percentagem de doentes de maior risco.

A par da actividade assistencial, a actividade pedagógica e científica registou também um aumento significativo no 2º ano.

**Conclusão:** Considera-se que com a abertura da UCIP, a qualidade assistencial do Hospital de Dona Estefânia a doentes necessitando de Cuidados Intensivos melhorou substancialmente. No entanto, uma melhor articulação com outros hospitais permitindo transferências em tempo “útil”, a criação de um sistema de transporte adequado e uma convergência de esforços entre Unidades, possibilita uma significativa melhoria da qualidade assistencial à criança que necessita de Cuidados Intensivos.

Contacto: Carlos Vasconcelos - UCIP do H.D. Estefânia.

## **“INTOXICAÇÕES NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS”**

A.Vieira-Macedo, M.Santos, M.Vale, C.Vasconcelos.

Hospital de Dona Estefânia - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

VIII Jornadas Pediátricas do Serviço 2. Lisboa. Janeiro 1994.

**RESUMO:** Os autores fizeram a revisão dos processos clínicos dos doentes internados na UCIP, durante os seus primeiros dois anos de funcionamento (1/04/91 - 31/03/93).

Neste período foram internadas 156 crianças intoxicadas, correspondendo a 13,8% do total de internamentos.

A idade média foi de 4,2 anos (limites: 1,5 mês e 15,4 anos), tendo 76% dos casos ocorridos abaixo dos 5 anos. O sexo masculino predominou - 53,8%. A demora média foi de 21,8 horas, estando 82,7 % dos doentes internados menos de 24 horas.

Em 73% dos casos a causa foi medicamentos, sendo os benzodiazepinas - 31 casos e os antihistamínicos - 12 casos, as drogas mais implicadas. Os organofosforados . 9 casos, constituíram uma causa importante de intoxicações graves.

Em 14 crianças, com idade entre os 10,1 e 15,4 anos a intoxicação foi deliberada.

Apenas 23 das crianças necessitaram de Cuidados Intensivos, que em 7 casos incluiu ventilação mecânica (6 intoxicações com organofosforados e 1 com salicatos). Não houve mortalidade.

Concluiu-se que as intoxicações constituem uma causa frequente de internamento, sendo fundamental implementar medidas preventivas.

**"MOVIMENTO ASSISTENCIAL DA UNIDADE DE CUIDADOS  
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)  
DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA"**

J.Estrada, A.Marques, D.Barata, E.Fernandes, I.Fernandes, L.Ventura, M.Santos, R.Valente, C.Vasconcelos.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Junho 1994.

Palavras-Chave: Cuidados Intensivos Pediátricos; CCS; PRISM; TISS; Mortalidade.

**RESUMO:** Apresenta-se a análise da população admitida na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital de Dona Estefânia (HDE), no seu primeiro ano de funcionamento (Abril de 1991 a Março de 1992).

Foram internados 571 doentes com uma idade média de 3,6 anos (min. 0,08; Máx. 16,0). A patologia respiratória (26,8%), as intoxicações (19,4%), a patologia neurológica (11,9%) e infecciosa (11,9%), constituíram os principais motivos de internamento.

Necessitaram de ventilação mecânica 80 doentes (14%) e foram efectuados 66 cateterismos venosos centrais.

Efectuou-se em todos os doentes a avaliação dos índices de gravidade pelo CCS (I-4%; II-43,9%; III-26,3% e IV-25,8%) e pelo PRISM (X 4,6 +/-6,8) e a quantificação da intervenção terapêutica pelo TISS (X 12,9 +/-9,4).

A duração média de internamento foi de 63,6 horas (mediana 24h, mínimo 1 hora e máximo 3792 h).

A mortalidade global foi de 5,4%. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias do PRISM, TISS e idade dos sobreviventes e não sobreviventes.

O grupo nosológico com maior mortalidade foi o das doenças infecciosas (35,5% dos óbitos).

Contacto: João Falcão Estrada - Unidade de Cuidados Intensivos do H.D. Estefânia.

## **“CUIDADOS INTENSIVOS E PEDOPSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO”**

M.Vale, J.Estrada, I.Fernandes, A.Vieira-Macedo, A.Marques, A.Santos, R.Valente, L.Ventura, D.Barata, C.Vasconcelos, J.Ramos.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia.

Cadernos do Internato. nº 4. Julho 1994.

Palavras-Chave: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; Pedopsiquiatria de Ligação; Ansiedade; Doença Crónica; Doença Aguda.

**RESUMO:** Os autores descrevem sumariamente os factores responsáveis pelo “stress” e ansiedade em crianças internadas em Unidades de Cuidados Intensivos.

Tomando como exemplo alguns casos clínicos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital de Dona Estefânia, salientam o papel fundamental da Pedopsiquiatria de Ligação no diagnóstico e orientação terapêutica das situações psicopatológicas, bem como no reequilíbrio emocional das crianças e familiares.

Tecem também algumas considerações sobre as particularidades inerentes às crianças com doença crónica e doença aguda.

## **"DAS SOLUÇÕES AOS PROBLEMAS"**

L. Ventura.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

2<sup>as</sup> Jornadas do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria - (A Pediatria pela Imagem)  
Lisboa. Outubro 1994.

**RESUMO:** A evolução tecnológica permitiu avanços significativos nos meios de assistência, investigação e ensino médicos.

Com o estudo pela imagem é possível actualmente obter diagnósticos mais precoces e precisos e consequentemente actuações mais atempadas.

Por outro lado a memória pela imagem permite a transmissão de conhecimentos e de vivências que de outro modo seria impossível conseguir.

A U.C.I.P. do Hospital de Dona Estefânia apresenta uma galeria de imagens que pretende traduzir a versatilidade dos seus doentes e intervenções em três aspectos distintos:

- As Soluções
- Os Novos problemas
- As interrogações

Contacto: Lurdes Ventura - UCIP do H.D. Estefânia.

## **"INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA"**

M.Santos, M.Vale, C.Vasconcelos.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia.

VII Jornadas de Pediatria de Évora. Mesa Redonda sobre Urgências em Pediatria.

Outubro 1994.

**RESUMO:** Os autores definem os diferentes tipos de insuficiência respiratória aguda, sua frequência e importância, realçando as particularidades inerentes à criança.

São fornecidas algumas considerações sobre os mecanismos fisiopatológicos desta situação, a partir dos quais se abordam as atitudes terapêuticas, com recurso a técnicas invasivas e não invasivas.

Enfatiza-se a importância da oxigenoterapia, seus métodos de administração e complicações.

Estabelecem-se critérios de ventilação mecânica, definindo-se as diferentes modalidades ventilatórias, convencionais e não convencionais e as suas repercussões.

É feita uma breve referência à importância da monitorização da ventilação, aos parâmetros indicativos de retirada de suporte ventilatório e às complicações mais frequentes.

A abertura da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital de Dona Estefânia, reuniu condições técnicas e humanas para a prestação de cuidados adequados, nomeadamente de suporte ventilatório à criança.

Nos primeiros 33 meses de funcionamento da Unidade, foram ventiladas 264 crianças, correspondendo a 17,4% dos internamentos, sendo a insuficiência respiratória o principal motivo da ventilação. A pressão controlada foi a modalidade utilizada em 201 destes (76,1% dos casos).

A complicação mais frequente foi a atelectasia; a mortalidade foi de 31,1% e em nenhum dos casos com relação directa com a ventilação.

## **"PANCREATITE NECROSANTE HEMORRÁGICA NO LACTENTE"**

E.Souares, R.Alves, M.España, M.Valc, D.Barata, J.Magalhães, C.Vasconcelos.  
Hospital de Dona Estefânia - UCIP.  
Departamento de Cirurgia Pediátrica.

Reunião de Casos Clínicos / Comunicações da S.P.P.-H.Dona Estefânia. Novembro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam um caso clínico de Pancreatite Aguda Necro-Hemorrágica, numa criança de 10 meses, que se manifestou por alterações do sensório, com alternância de períodos de sonolência e de vigília, prostração e gemido.

É internada na UCIP poucas horas após o início da doença. A evolução clínica caracterizou-se por uma melhoria do estado de consciência e por agravamento de queixas abdominais.

Na avaliação laboratorial registou-se a existência de leucocitose com neutrofilia, P.C.R. negativa, hematócrito de 39%, ureia sérica de 61 mg/dl com creatininemia normal, calcémia normal, elevação da AST e ALT, e amoniémia normal.

Na radiografia simples do abdómen observava-se aerocolia e o clíster opaco realizado permitia a visualização de todo o quadro cólico incluindo o cego. Ecograficamente apresentava aerocolia e abundante líquido livre intra-peritoneal, o que associado ao quadro clínico sugestivo de abdomen agudo, condicionou intervenção cirúrgica de emergência no 2º dia de doença.

O diagnóstico foi feito durante a laparotomia.

Os exames laboratoriais pedidos posteriormente revelaram ainda a existência de amilase elevada e uma relação entre a depuração renal de amilase e a depuração renal da creatinina no limiar superior da normalidade.

A investigação etiológica não revelou nenhum dado positivo. Os estudos virológicos foram negativos para os vírus Coxsackie B, Influenza A e B, Epstein-Barr, Hepatite A e B, Herpes Simplex. A Hemocultura foi negativa.

Não havia referência a traumatismos, ingestão de medicamentos ou tóxicos. Não foram detectadas ecograficamente ou por TAC, anomalias estruturais ou obstrutivas pancreáticas e das vias biliares potencialmente responsáveis pelo quadro.

A terapêutica instituída consistiu em medidas de suporte (pausa alimentar, alimentação parentérica, fluidoterapia, expansores de volémia e ventilação mecânica), antibioterapia, analgesia/sedação e lavagem periódica da cavidade peritoneal.

As complicações que surgiram foram o aparecimento de derrame pleural bilateral de reabsorção espontânea e de dois pseudoquistos pancreáticos que regrediram progressivamente.

Após a alta continuou a ser seguida em ambulatório na consulta de cirurgia, mantendo-se a criança clinicamente bem até ao presente sem alterações das funções exócrina ou endócrina pancreáticas.

Contacto: Eunice Soares - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.



## **“ENFARTE DO MIOCARDIO NUM LACTENTE”**

N.Guerreiro, C.Trigo, R.Valente, A.Marques, F.Pinto, S.Kaku, C.Vasconcelos.  
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de Casos Clínicos/Comunicações livres da Sociedade Portuguesa de Pediatria.  
Hospital de Dona Estefânia - Novembro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso clínico de um lactente de 3 meses de idade, sexo masculino, raça branca, internado no hospital para estudo de síndrome febril com 2 semanas de evolução.

No 2º dia de internamento fez paragem cárdio-respiratória de que recuperou, sendo transferido para a U.C.I.P. em choque cardiogénico. É feito então o diagnóstico de enfarte do miocárdio e de doença de Kawasaki.

## **“VENTILAÇÃO MECÂNICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS”**

A. Vieira-Macedo.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Geral do Hospital de Dona Estefânia. Novembro 1994.

**RESUMO:** Os autores fazem a análise dos doentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia, num período de 33 meses, desde a sua abertura em Abril de 1991 até ao final de Dezembro de 1993. Neste período foram internadas na Unidade 1513 crianças, das quais 264 (17,4%) foram ventiladas.

A idade dos doentes ventilados variou entre os 28 dias e os 15 anos (média = 2,9 anos).

De acordo com o Sistema de Classificação Clínica (CCS), 44 (16,7%) dos doentes pertenciam à classe III e 220 (83,3%) à classe IV. Os índices médios de Intervenção Terapêutica (TISS) e do Risco Pediátrico de Mortalidade (PRISM), no primeiro dia, foram respectivamente de 29,5 (min. = 9; máx. = 75) e de 13,6 (min. = 0; máx. = 50) pontos.

A insuficiência respiratória constituiu o principal motivo de ventilação e a modalidade preferida foi a pressão controlada, utilizada em 201 doentes - 76,1%.

A duração média de ventilação foi de 123,7 horas (min. = 30 minutos; máx. = 9624 horas).

A taxa de ocupação dos ventiladores nos anos de 1991, 1992 e 1993, foi respectivamente de 47,8%, 36,4% e de 53,2%.

Registaram-se complicações relacionadas com a ventilação em 52 crianças (19,7%), sendo a atelectasia a mais frequentemente observada.

A mortalidade foi de 31,1%, não se tendo relacionado nenhum óbito directamente com a ventilação mecânica.

Contacto: António Vieira Macedo - UCIP do Hospital de Dona Estefânia.

## **“SÉPSIS MENINGOCÓCICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: Factores de prognóstico”**

J.Ramos, A.Vieira-Macedo, A.Marques, M.Vale, D.Barata, I.Fernandes, J.Estrada, L.Ventura, M.Santos, R.Valente, C.Vasconcelos.

Hospital de Dona Estefânia - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Lisboa. Portugal.  
I Jornadas Hispano-Lusa de los los Hospitales D. Estefânia Y Hospital General Universitario “Gregorio Marañon”. Madrid. Outubro 1994.

**RESUMO:** Os autores fazem a análise retrospectiva das crianças internadas com sépsis meningocócica na Unidade, durante os seus primeiros três anos de funcionamento (Abril de 1991 - Março de 1994).

Foram seleccionadas 55 crianças, com idades compreendidas entre os 5 meses e os 14 anos (média: 4,3 +/- 3,38 anos). Destas, 8 faleceram (14,5%).

Foi feita a análise dos factores considerados de valor prognóstico na evolução da sépsis meningocócica e testada a validade de Pediatric Risk of Mortality (PRISM), registado à entrada.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os doentes sobreviventes e falecidos, relativamente ao número de leucocitos, número de plaquetas e ao valor de bicarbonato sérico, registados à entrada.

A mortalidade esperada, objectivada pelo PRISM, foi de 6,8 doentes, correlacionando-se bem com a mortalidade observada.

## **"MOVIMENTO ASSISTENCIAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS" - Análise de dois anos.**

J.Estrada, L.Ventura, M.Vale, J.Ramos, A.Vieira-Macedo, A.Marques, D.Barata, I.Fernandes, M.Santos, R.Valente, C.Vasconcelos.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

Revista Portuguesa de Pediatria. 1994.

Palavras-Chave: Cuidados Intensivos Pediátricos; Índices de Gravidade; Clinical Classification System (CCS); PRISM; TISS.

**RESUMO:** Os autores analisam o movimento assistencial da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital de Dona Estefânia (HDE) nos seus dois primeiros anos de funcionamento (Abril 1991 a Março de 1993).

Foram internados 1131 doentes (599 / 1º ano - 532 / 2º ano) com uma idade médio de 3,8 e mediana de 1,9 anos (min. 7 dias; máx. 16.0 anos).

A proveniência, preferencialmente do Serviço de Urgência, tem vindo a ser cada vez mais directamente referenciada de outros Hospitais (11,5% no 1º semestre e 21,1% no 4º semestre).

A patologia respiratória (22,8%), as intoxicações (13,8%), a patologia infecciosa (11,8%) e a patologia neurológica (11,3%) corresponderam aos grupos nosológicos predominantes.

Os procedimentos mais frequentes foram: ventilação assistida 186 (16,4%), acessos venosos centrais 118 (10,4%), drenagens torácicas 66 (5,8%) e endoscopias brônquicas ou digestivas 46 (4,1%).

Todos os doentes foram caracterizados em relação à gravidade pelo CCS e pelo PRISM (média: 4,9; med: 2,0; min: 0; máx: 50), e à intervenção terapêutica pelo TISS (média: 14,02; med: 11; min: 1; máx: 75). Verificou-se um aumento da gravidade e da intervenção terapêutica do primeiro para o segundo ano, tendo apesar disso a demora média diminuído de 3,3 para 2,9 dias.

Pelo CCS, 529 (46,8%) doentes pertenciam às classes de menor gravidade (CCS I e II), 321 (28,4%) à classe III e 281 (24,8%) à IV.

A mortalidade observada foi de 5,9% (67), para uma mortalidade prevista pelo PRISM de 5,5% (61,7), com uma relação mortalidade prevista/mortalidade observada de 1 : 1,09.

Contacto: João Estrada - UCIP do H.D. Estefânia.

## **"A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO"**

G. Seves.

Consulta Externa Pediatria Médica do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 2. Fevereiro 1994.

**RESUMO:** Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 14 meses de idade, sexo masculino, raça branca, seguido na Consulta de Pediatria Médica por febre e adenomegalias sub-maxilares.

Os antecedentes familiares eram irrelevantes e nos antecedentes pessoais de referir, apenas 2 episódios de Otite Média Aguda.

A doença actual, iniciada 15 dias antes, com febre e posteriormente adenomegalias sub-maxilares, medicada sucessivamente com cotrimoxazol e amoxicilina, sem resposta.

À observação apresentava, além das adenomegalias sub-maxilares, microadenopatias axilares e inguinais, assim como fígado 2 cm e baço 3 cm.

O estudo laboratorial revelou: leucocitose - 33.300 com 45% de L.U.C. Monospot - negativo T.G.O. - 191, T.G.P. - 203, -G.T. - 219, L.D.H. - 1074. Detectou-se IgM e posteriormente IgG positiva para Citomegalovírus. Gradualmente houve uma melhoria clínica e laboratorial.

Passados 3 meses surge episódio de estomatite aftosa grave com repercussão sobre o estado geral mas com resolução gradual. 2 meses depois reinicia febre, sendo diagnosticada O.M.A. e medicado com Claritromicina, Dado o agravamento do quadro clínico recorre ao S. urgência onde é diagnosticada Pneumonia à esquerda.

Dado o quadro global foi feita serologia para H.I.V. negativa.

Foi colocada a hipótese, a investigar, de eventual imunodeficiência primária / secundária a infecção a C.M.V.

Faz-se posteriormente uma revisão teórica das infecções por citomegalovírus, sua epidemiologia, clínica nas infecções congénitas e adquiridas, em crianças imunocompetentes e imunodeficientes.

Aborda-se o diagnóstico, prognóstico e por último a prevenção e terapêutica.

**“CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL / CONSULTA DE NEFROLOGIA:  
Que Colaboração?” - Apresentação de dois casos clínicos.**

C.Cruz, T.Santos, A.Silva.

Reunião do Serviço 2. Abril 1994.

Palavras-Chave: Infecção urinária; Malformações.

**RESUMO:** Os autores apresentam de forma sucinta dois casos clínicos.

No primeiro descrevem uma criança do sexo masculino, 5 meses de idade, enviada à consulta por vômitos recorrentes, tendo o estudo ecográfico revelado um rim displástico. Foi observada com o apoio da consulta de nefrologia e urologia, aguardando reavaliação (após 6 meses) para decisão cirúrgica e futuro acompanhamento nefrológico.

No segundo caso descrevem uma criança do sexo feminino, 12 meses de idade, enviada à consulta por I.U. e má progressão estatura-ponderal, cujo estudo revelou aplasia renal direita.

Foi enviada para consulta de nefrologia após estabelecido o diagnóstico.

Finalizam com a revisão casuística dos casos de infecção urinária observados na Consulta externa de pediatria médica, num período de 6 meses (Janeiro/Junho 93) e comparam os dados obtidos com os existentes na C. de nefrologia pediátrica. As variáveis analisadas foram: raça, sexo, idade da 1ª I.U. e da 1ª consulta, proveniência, etiologia, tipo de I.U., exames complementares, malformações, profilaxia e destino.

Por extrapolação concluem que a I.U. é um motivo comum da 1ª consulta, com incidência de 11,8% e 31,7% respectivamente na Consulta Externa de Pediatria Médica e Consulta externa de Nefrologia.

A I.U. alta foi observada em 64,1% dos casos na c. ext. ped. médica e em 63,5% na c. de nefrologia, tendo sido detectada uropatia em 25,3% dos casos de I.U. seguidos na c. ext. de ped. médica.

Contacto: Carla Cruz - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **“PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA MÉDICA” - Casuística de 1993.**

F.Santos, G.Nogueira, D.Barros, L.Torre, A.Monteiro, T.Santos, C.Blanco.  
Consulta de Pediatria Médica do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 1. Novembro 1994.

Palavras-Chave: 1<sup>ª</sup> consultas; Motivo de consulta; Diagnósticos.

**RESUMO:** Os autores fizeram uma revisão casuística das 1<sup>ª</sup>s consultas de Pediatria Médica no ano de 1993. Para isso, efectuaram um estudo retrospectivo de 1402 processos clínicos correspondentes às referidas consultas.

Analisaram diversos parâmetros, nomeadamente a identificação, motivos de consulta, diagnósticos efectuados e destino.

Verificaram que cerca de 1/4 do total de consultas do ano de 1993 foram 1<sup>ª</sup>s consultas, com uma média diária de 5,5. Cerca de metade destas crianças foram enviadas do Serviço de Urgência do Hospital Dona Estefânia e a sua assistência é em 53,6% dos casos feita nos Centros de Saúde.

Predominou o grupo etário correspondente à idade pré-escolar. Não se observaram diferenças significativas em relação ao sexo. A maioria das crianças é de raça caucasiana. A avaliação das classes sociais foi feita pela escala de Graffar adaptada, pertencendo cerca de metade às classes sociais IV e V.

Durante o ano em estudo, 49,2% das crianças consumiu de 2 a 4 consultas. O apoio de outras consultas foi solicitado em cerca de 1/3 do total das crianças.

A infecção urinária foi o diagnóstico mais frequente, tendo contudo sido as queixas do aparelho respiratório que motivaram maior número de consultas.

As 10 patologias mais frequentes correspondem apenas a 1/3 dos diagnósticos efectuados, o que mostra a grande diversidade e variedade das patologias desta consulta.

Das 1402 crianças de 1<sup>ª</sup>s consultas foi feito o diagnóstico durante o ano de 1993 a 58,5%, valor que sobe para 69,5% se excluirmos as crianças que efectuaram apenas uma consulta.

Tiveram alta da consulta 31% das crianças, 89% das quais enviadas ao médico assistente. Das restantes, cerca de metade mantêm assistência regular na consulta.

## **"A PROPÓSITO DE UMA LESÃO OSTEOLÍTICA"**

I.Leal, T.Moreno, T.Santos.

Consulta Externa de Pediatria Médica do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Novembro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentaram um caso clínico de uma criança do sexo feminino, de 22 meses de idade, apresentando nódulo palpável de um centímetro de diâmetro na região parietal direita. De consistência dura, indolor, existente com as mesmas características desde os dois meses de idade.

Radiologicamente apresenta-se como lesão osteolítica isolada sem invasão dos tecidos adjacentes tanto no RX como na TAC cranioencefálica.

Fez-se discussão dos diagnósticos diferenciais e da Histiocitose de Células Langerhans, patologia sobre a qual se faz uma abordagem particular sobre classificação, diagnóstico, exames complementares e critérios de disfunção de órgão e terapêutica actuais.

Contacto: Isabel Leal - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.



## **“CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO E DISMORFIAS”**

### **- Conexão anárquica ? Solução sistematizada ?**

M.Vale, J.Estrada, A.Dias, S.Pinto, L.Teles, H.Flores, L.Gama.  
Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 1. Janeiro 1994.

**RESUMO:** A Equipa de Desenvolvimento apresenta 3 casos Clínicos que exemplificam a diversidade de intervenções da Consulta de Desenvolvimento.

Caso 1 - Dismorfias crânio - faciais associadas a um atraso de desenvolvimento grave e agenésia do corpo caloso. Sem diagnóstico.

Intervenção proposta: manutenção de Jardim de Infância com apoio de Ensino Especial.

Orientação - Consulta de Oftalmologia e Consulta de Genética.

Caso 2 - Dismorfias cranio - faciais, nanismo e braquidactilia. Sem diagnóstico.

Intervenção proposta: Jardim de Infância. Vigilância de desenvolvimento psico-motor.

Caso 3 - Síndrome Proteus com desenvolvimento psico-motor adequado. Risco biológico e psicosocial.

Intervenção proposta: vigilância de desenvolvimento psico-motor. Consulta de Psicologia.

## “UM CASO CLÍNICO DE HIPOTONIA”

J.Estrada, S.Pinto, A.Dias.

Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de Casos Clínicos - Secção de Pediatria do Desenvolvimento - Sociedade Portuguesa de Pediatria. Almada. Maio 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 5 anos, referenciada aos 6 meses de idade à Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia por Hipotonia muito marcada, que se evidenciou estar associada a um atraso global do D.P.M..

Esta criança beneficiou desde o início de vários apoios, nomeadamente Fisioterapia, Psicomotricidade, posteriormente Terapia da Fala e equipa de Ensino Especial, salientando-se desde sempre a valiosa intervenção familiar, particularmente da Mãe, o que facilitou a orientação do diagnóstico e terapêutica.

Os exames complementares iniciais no sentido de excluir Doenças Neuromusculares e Doenças Metabólicas foram normais, assim como se excluíram malformações do S.N.C..

O cariotipo levou ao diagnóstico de uma cromossomopatia rara (Delecção do braço curto do cromossoma 9).

A evolução fez-se no sentido de uma melhoria significativa da área de motricidade global com um atraso moderado na área cognitiva e social pelo que, embora mantendo o apoio da Educadora do Ensino Especial, se decidiu pelo adiamento da sua integração em regime de escolaridade normal.

Contacto: João Estrada - UCIP do Hospital de Dona Estefânia.

## **“UM CASO CLÍNICO DE LEUCODISTROFIA”**

J.Estrada, H.Flores, A.Dias.

Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de Casos Clínicos - Secção de Pediatria do Desenvolvimento - Sociedade Portuguesa de Pediatria. Almada. Maio 1994.

**RESUMO:** Criança de 10 anos de idade, sexo masculino, referenciada à Consulta de Desenvolvimento aos 5,5 anos por atraso de linguagem.

Ao exame objectivo apresenta: malformações minor craniofaciais e das extremidades, sendo o exame neurológico normal.

A avaliação do desenvolvimento revela um atraso global de desenvolvimento psicomotor, com desarmonia evolutiva, sendo o atraso predominante e grave nas áreas cognitivas, de linguagem e motricidade fina e ligeiro na área social e da motricidade global.

Efectuou exames audiológicos, cardiológicos, oftalmológicos, cromossómico e metabólico, com resultados normais.

A TAC-CE efectuada mostra aspectos sugestivos de doença desmielinizante (leucodistrofia), pelo que se decide a realização de biopsia muscular que apresenta alterações inespecíficas.

Tem apoio regular da Equipa de Ensino Especial (Terapia da Fala, Psicomotricidade e Terapia Ocupacional) desde os 3 anos de idade, mantendo-se actualmente o quadro clínico.

Questiona-se a importância da caracterização da malformação do SNC no sentido de poder prever-se a evolução/prognóstico.

## **"ATRASOS DE LINGUAGEM" - Alguns aspectos**

L.Teles, J.Estrada, I.Martins, S.Pinto, H.Flores, A.Dias, M.Vale, L.Gama.  
Consulta de Desenvolvimento do H.Dona Estefânia.  
Serviço 5 - O.R.L.

Reunião Clínica do Serviço 1. Maio 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam uma revisão casuística dos doentes enviados à Consulta de Desenvolvimento, com o diagnóstico de "Atraso de Linguagem".

Estas crianças ( $n^{\circ} = 54$ ) foram agrupadas segundo a área afectada: Linguagem Expressiva, Perceptiva ou Mista.

Qualquer destes grupos foram analisados em relação a factores de risco, incidência familiar, fratria, período perinatal, comportamento e desenvolvimento psicomotor.

Foi também reavaliada a atitude da equipa médica quanto à realização de exames complementares e à intervenção terapêutica.

Contacto: Luisa Teles - Serviço 1 do H.D.Estefânia.

## **“INTERVENÇÃO PRECOCE” - Perspectiva ecológica em desenvolvimento.**

M.Vale, J.Estrada., L.Gama.

Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

III Jornadas de Pediatria. Hospital Distrital do Barreiro. Maio 1994.

**RESUMO:** A intervenção precoce centrada na Família é primordial e a prestação de serviços à criança só tem sentido dentro do contexto familiar e da Comunidade em que está inserida.

As situações de risco biológico e psicossocial são muitas vezes simultâneas e mutuamente potenciadas. Assim sendo, todos os programas de intervenção precoce, têm de equacionar adequadamente aspectos filosóficos, definir grupos passíveis de intervenção e definir objectivos e directivas programáticas para cada um deles.

Surge assim, com Brofenbrenner a perspectiva ecológica de intervenção precoce, caracterizada pela regressão do modelo de dominância clínica a favor do desenvolvimento do Modelo Ecológico, no qual as relações Comunidade/Ambiente e Individuos/Comunidade adquirem especial relevo.

A implementação de atitudes e práticas dos profissionais ligados à infância, nomeadamente no referente à criança com deficiência, sofreu acentuada evolução ao longo das últimas décadas: os anos 50 caracterizaram-se por “esconder e esquecer”, a década de 60 por “despistar a deficiência para segregar” e é finalmente nos anos 70 que se compreende ser necessário “identificar para ajudar”.

A evolução histórica do trabalho com crianças individualmente referenciadas, tem passado por diferentes fases: ênfase decrescente no trabalho individualizado e ênfase crescente nos métodos indirectos de adaptação social e aprendizagem, bem como no trabalho preventivo, através de acções de formação e trabalho de grupo com pais, educadores e professores.

Também no trabalho em equipa, inicialmente “Multidisciplinar”, posteriormente “Interdisciplinar” e mais recentemente “Transdisciplinar”, está subjacente a procura de equilíbrio dinâmico entre os diferentes profissionais envolvidos, que conduza a maior flexibilidade programática, visando os resultados a obter numa perspectiva realista.

No Ano Internacional da Família, parece-nos oportuno divulgar a importância e potencial que os programas de intervenção precoce apresentam a nível comunitário, tornando-se imprescindível a existência de legislação própria que determine as condições mínimas à sua implementação.

## "INTERVENÇÃO E INTEGRAÇÃO"

M.Vale, A.Dias, J.Estrada, L.Teles, L.Gama.  
Consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 1. Novembro 1994.

Palavras-Chave: Desenvolvimento Infantil; Intervenção Precoce; Modelo Ecológico.

**RESUMO:** O desenvolvimento infantil consiste num processo de mudança, através do qual a criança aprende a dominar níveis progressivamente mais complexos de acção, pensamento, emoção e interacção com os outros. A meta principal do desenvolvimento infantil, consiste na adaptação do indivíduo e no controle relativo deste sobre o seu meio.

Perante a complexidade do desenvolvimento humano e a probabilidade de ocorrerem perturbações em qualquer período da vida, assistimos nas últimas décadas a uma evolução notável nas práticas de base dos profissionais ligados à infância.

Em Pediatria o desenvolvimento de novas tecnologias e nomeadamente a implementação de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais nos anos 70, diminuíram drasticamente a mortalidade infantil, à custa do aumento da morbilidade.

Assim a problemática do desenvolvimento infantil nas suas vertentes biológica e psicossocial constitui um desafio para o Pediatra. Este facto aliado ao custo elevado do trabalho individualizado com crianças apresentando deficiências de etiologia e graus variados, (para além dos resultados limitados ao período de intervenção), é economicamente inviável, conduzindo à procura de esquemas de intervenção alternativos.

Surgem assim nos anos 80, programas de intervenção precoces centrados na Família e baseados no Modelo Ecológico de Desenvolvimento, no qual as relações Comunidade/ Ambiente/Indivíduo adquirem especial relevo.

Em Portugal o Centro de Estudos e Apoio à Criança e Famílias (CEACF) - Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, tem desempenhado papel pioneiro na implementação deste tipo de programas, quer através de formação de quadros técnicos, quer através de apoio directo a crianças e respectivas famílias a ele referenciados.

No final do Séc.XX os programas de intervenção precoce, enfrentam um enorme leque de desafios filosóficos, burocráticos e políticos e em Portugal a inexistência de legislação sobre Intervenção Precoce, constitui o mais sério obstáculo à sua implementação.

Contacto: Maria do Carmo vale - Consulta de Desenvolvimento do H.Dona Estefânia.

## **“PATOLOGIA PUBERTÁRIA”- As verdades e as variantes numa consulta de endocrinologia pediátrica.**

M.Ramos, G.Romão, A.Mota.

Unidade de Endocrinologia Pediátrica - Serviço 1 - Hospital de Dona Estefânia.

IV Encontro de Endocrinologia Pediátrica. (Secção da Sociedade Portuguesa de Pediatria).  
Ordem dos Médicos. Lisboa. Novembro 1994.

**RESUMO:** Os autores abordam, sucintamente, o funcionamento do eixo Hipotálamo-Hipófise-Gonadal nas diferentes fases do desenvolvimento, fazendo notar as variantes mais comuns com elas relacionadas.

Analizam seguidamente, os processos das crianças enviadas à Consulta durante o período de um ano, com a hipótese diagnóstica de Patologia Pubertária e concluem:

- 1) As crianças chegadas à Consulta por Patologia Pubertária constituem uma percentagem significativa do total das crianças observadas - 20,9%.
- 2) Cerca de 45,2% são variantes do normal e 22,6% não apresentam patologia.
- 3) Apenas 20,2% apresentavam situações patológicas.

## **“SÍNDROME NEFRÓTICO”**

G.Bastos, G.Seves, M.Brito, P.Luiz, S.Lamy, M.Faleiro, J.Batista, J.Ferra-Sousa.  
Consulta de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Junho 1994.

**RESUMO:** Os autores fazem uma análise retrospectiva dos novos casos de Síndrome Nefrótica (S.N.) seguidos na Consulta de Nefrologia de Novembro de 1988 a Março de 1994, com o objectivo de avaliar eventuais alterações do padrão da doença.

Foram estudados aspectos epidemiológicos, clínicos, terapêuticos e evolutivos. Assim, dos 50 casos, constatou-se um predomínio do sexo masculino e da raça branca.

Do ponto de vista clínico, os sintomas predominantes foram o edema e oligúria. 90% dos doentes foram submetidos a terapêutica, 58% destes apenas fizeram corticosteróides.

Entre os S.N. primários (84%), 60% comportaram-se como corticossensíveis, 31% como corticodependentes e 9% como corticorresistentes; foi ainda estudado 1 caso de S.N. congénito e 7 secundários a infecções ou a Lupus Eritematoso Sistémico. 13 doentes tiveram indicação para realização de biópsia renal, tendo 6 lesões mínimas.

Foram registadas algumas complicações, mas na última consulta, 72% dos doentes estavam em remissão.

Em conclusão, destaca-se a incidência e o padrão epidemiológico e clínico mantidos; realça-se a prevalência de S.N. primário 84%.

Contacto: Maria Graça Seves - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.



## **“CONSULTA EXTERNA DE PEDOPSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO” - O perfil de cem crianças do Hospital de Dona Estefânia.**

C.Blanco, L.Pocinho, G.Henriques, C.Cruz.  
Consulta de Pedopsiquiatria de Ligação.  
Consulta Externa de Pediatria Médica.

Reunião do Serviço 1. Junho 1994.

**RESUMO:** Os autores elaboraram um estudo retrospectivo dos cem primeiros casos de crianças observadas na Consulta Externa de Pedopsiquiatria de Ligação do Hospital de Dona Estefânia, no período de Dezembro de 1991 a Maio de 1994, com o objectivo de definir o perfil comum destas crianças.

Utilizaram pesquisa bibliográfica sistemática, recolha de material dos processos clínicos de ambas as Consultas, dados obtidos nas entrevistas com os pais e na avaliação e observação directa das crianças.

Dos resultados obtidos foi possível traçar o “perfil da criança tipo”: são na sua maioria do sexo masculino, em idade escolar (6-12 anos), pertencem a famílias pequenas e em situação de risco. Das actividades preferidas pelas crianças destacam-se as efectuadas em casa e as solitárias.

A maior parte tinha sintomas relacionados com perturbações emocionais até aos 3 anos.

O momento de envio e articulação com Pedopsiquiatria, foi na maioria na segunda metade do ano escolar.

O principal motivo de consulta de Pedopsiquiatria foi perturbação do comportamento, não tendo a maioria patologia pediátrica concomitante.

O diagnóstico pedopsiquiátrico mais atribuído foi de depressão.

A principal orientação precoce foi o apoio psicoterapêutico.

As crianças que iniciaram intervenção precoce foram as que tiveram melhor evolução clínica.

## **“PREVENÇÃO INESPECÍFICA EM PNEUMOLOGIA”**

A.Casimiro, M.Coelho, J.Scqueira, A.Curvelo, M.Esteves.  
Consulta de Pneumologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Jornadas de Pediatria do Serviço 2. Janeiro 1994.

Palavras-Chave: Prevenção; Pneumologia.

**RESUMO:** A doença respiratória está entre as maiores causas de mortalidade e morbilidade na criança, como comprova o registo estabelecido na Grã-Bretanha entre 1981 e 1991.

Fez-se uma revisão das medidas inespecíficas a estabelecer para diminuir a incidência de doença respiratória - medidas pré-gestacionais, gestacionais, peri-natais e pós-natais.

Antes da gestação destacou-se a importância do controle de doença materna, informação de risco genético do casal (consanguinidade, história de fibrose quística, deficit de alfa-1 antitripsina, ...), assim como medidas gerais de saúde pública.

Durante a gestação fez-se menção à boa nutrição materna, evicção de drogas (tabaco, álcool, ...), controle de patologia materna induzida pela gravidez e infecções que condicionam pneumonia no recém-nascido.

Enfatizou-se a importância do diagnóstico ecográfico de situações causadoras de hipoplasia pulmonar (hérnia diafragmática, teratoma mediastínico, hidrâmnios, ...), de forma a estabelecer o “timing” de actuação adequado a minorar o risco de sequelas respiratórias.

Abordaram-se as medidas perinatais de prevenção da prematuridade, asfixia e aspiração meconial entre outras, com detecção precoce dos sinais de sofrimento fetal e reanimação rápida. Referiu-se também a prevenção das sequelas de terapêutica neonatal (O<sub>2</sub>, ...).

No período pós-natal mencionaram-se medidas em relação à criança e ao meio. Das primeiras salienta-se a boa nutrição, actividade física regular, imunoterapia específica e inespecífica, contributo do termalismo, correcção de malformações (vg escolioses) e cine-sioterapia respiratória. Das segundas, a importância do arejamento e exposição solar da habitação, evicção de partículas inalantes, prevenção da inalação de corpos estranhos, frequência de infantários menos lotados e com boas condições sanitárias, controle da poluição, clima adequado e planeamento urbanístico.

Em conclusão: são medidas que passam pela melhoria das condições gerais da população, bons serviços de assistência e de aconselhamento à grávida e controle do meio ambiente.

Contacto: Ana Casimiro - Serviço 2 do H.D. Estefânia.

## **“TUBERCULOSE”: Epidemiologia e prevenção.**

J. Carapau.

Consulta de Pneumologia do Hospital de Dona Estefânia.

Jornadas de Pediatria da Extremadura e Andaluzia. Badajoz. Março 1994.

Reunião do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia. Lisboa. Abril 1994.

**RESUMO:** O autor começa por chamar a atenção para a gravidade do problema da tuberculose a nível mundial, estimando-se, para uma população de 5 mil milhões de habitantes, o aparecimento de 8 milhões de novos casos/ano, num total de 20 milhões de pessoas doentes, com uma mortalidade anual superior a 3 milhões, dos quais 450 mil são crianças com menos de 15 anos. A OMS, em Maio de 1993, declarou a Tuberculose uma Emergência Global. As causas para estes elevados níveis de morbilidade e mortalidade nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, ora diferentes, ora semelhantes, resultam sempre de programas inadequados ao controlo das situações. No continente europeu, Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas de incidência com uma evolução pouco favorável nos últimos dez anos, cifrando-se em 53,2 novos casos/100.000 habitantes, em 1992, segundo os dados recolhidos pelo Serviço de Tuberculose e Doenças Respiratórias (STDR). A incidência de tuberculose em Portugal varia muito de região para região, sendo os distritos mais populosos do litoral - Porto, Lisboa e Setúbal - os que apresentam as taxas mais elevadas e que contribuem decisivamente para a alta incidência nacional. Nas crianças e jovens (< 15 anos) a evolução recente tem sido mais favorável, com incidência de 22/100.000 em 1992, quando em 1987 ainda era 48,8/100.000 no grupo etário 0-4 anos e de 32,9/100.000 no grupo dos 5-14 anos. Sobre a prevenção da tuberculose infantil, foi reafirmado que a sua principal arma consiste na detecção precoce de todos os casos contagiantes, no seu tratamento imediato, correcto e completo. São também acções importantes a vacinação pelo BCG e a quimioprofilaxia primária e secundária. A vacinação pelo BCG tem um fraco impacto epidemiológico, mas continua a proteger contra as formas graves de tuberculose, estando indicada em todos os recém-nascidos de países ou zonas de alta prevalência. O número decrescente de casos de meningite tuberculosa diagnosticados e tratados na Unidade de Doenças Infecciosas do Hospital D. Estefânia, nos últimos 15 anos, poderá estar relacionada com as taxas de vacinação do BCG a recém-nascidos que, no mesmo período, passaram de menos de 60% para mais de 90%. Foram focadas as particularidades da tuberculose infantil. O seu diagnóstico continua a basear-se na suspeição clínica e nas provas tuberculínicas. Quanto a estas, a única que se deve considerar válida é a reacção intradérmica de Mantoux. Foram indicados os parâmetros para a valorização no diagnóstico da tuberculose doença e da tuberculose infecção em crianças vacinadas ou não. Quanto à quimioprofilaxia primária, ela continua a ser efectuada com a Isoniazida-INH: 5 a 10 mg/kg/dia. Para a quimioprofilaxia secundária ou tratamento da tuberculose infecção, o autor recomenda a associação INH+RMP (Rifampicina) durante 6 meses. Por último apontam-se as razões por que não se previne a tuberculose: Os doentes não contactam o Serviço de Saúde antes de surgir a doença; se o frequentam, não são ou são mal rastreados, nem são objecto de vigilância para a tuberculose infecção e muitas vezes não são tratados, por má interpretação das provas tuberculínicas, o que, à data presente, constitui uma verdadeira calamidade nacional.

Contacto: João Carapau - Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

## **"DOENÇA PULMONAR CRÓNICA DA PREMATURIDADE"** **- Preparar a chegada!**

F.Chaves, M.Coelho, J.Carapau.  
Consulta de Pneumologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Novembro 1994.

Palavras-Chave: Ventilação; Displasia Bronco-Pulmonar; Protocolo.

**RESUMO:** Faz-se um estudo retrospectivo de todos os doentes ventilados mecânicamente nas primeiras duas semanas de vida e que são seguidos na consulta de Pneumologia Infantil (CPI).

Sendo estudados 44 doentes (3%) de um total de 1640, foram obtidos os seguintes dados: Predomínio do sexo masculino (64%), raça branca (86%), classes sociais III e IV de Graffar (80%) sendo a principal origem dos doentes as enfermarias do H.D. Estefânia (HDE) em 50%.

Pela análise dos processos estabelecem-se 3 grupos: I- Doentes com Displasia Bronco-Pulmonar, (DBP) (27%); II- Doentes cujo motivo da consulta não tem relação com a ventilação (8%); III- Doentes que não podemos excluir uma relação entre a ventilação e o motivo da consulta (64%).

Estudando apenas os doentes com DBP, entre outros dados verificou-se que: a principal origem dos doentes mantém-se as enfermarias do HDE (50%). Apenas 1 doente foi enviado das unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN) (8%); distribuição regular do número de doentes por ano (2 doentes/ano); a idade da 1ª consulta variou entre os 4 e os 36 meses; numa escala de 1 a 4, a maioria dos doentes (83%) tinham índices clínicos 2 e 3, e que numa escala de 1 a 10, 80% tinham um índice radiológico inferior a 5; a taxa de abandono da consulta foi de 50%.

Da interpretação destes dados concluímos que: o principal motivo da consulta são as crises de dificuldade respiratória; só raramente se pode excluir com alta probabilidade a relação da patologia actual com as complicações no período neonatal; os doentes com DBP na CPI não são enviados pelas UCINs, chegam tardiamente, em média 2 por ano, têm uma gravidade ligeira a moderada e uma alta taxa de abandono.

Por tudo o que foi dito parece-nos que a CPI não é uma consulta de referência para crianças ventiladas no período neonatal, nomeadamente as com DBP.

Em seguida foi feita uma breve apresentação teórica, com uma revisão histórica fechando a polémica em volta dos critérios de diagnóstico e uma abordagem sobre os factores etiopatogénicos.

Termina-se com a apresentação de um protocolo multidisciplinar, já em funcionamento, com a finalidade de seguir os doentes com DBP na Consulta de Pneumologia Infantil.

Contacto: Fernando Chaves - Serviço 2 do H.D. Estefânia.

## **“IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL”**

F.Chaves, A.Casimiro, J.Cavaco, B.Lopes.

Consulta de Pneumologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de casos clínicos da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Novembro 1994.

Palavras-Chave: Imunodeficiência; Imunoglobulinas; Bronquiectasias.

**RESUMO:** É apresentado um caso clínico de uma criança de 12 anos, sexo feminino saudável até aos 10 anos, quando inicia episódios recorrentes de febre, tosse, pieira.

Após envio a consulta de Pneumologia do Hospital de Dona Estefânia, e baseados num deficit grave de todas as classes de imunoglobulinas, assim como na existência de bronquiectasias confirmadas por tomografia axial computadorizada, é diagnosticada uma imunodeficiência comum variável.

Com base numa terapêutica substitutiva com administração de imunoglobulinas endovenosas e na cinesiterapia respiratória, a criança tem uma boa evolução após 6 meses na consulta.

Termina-se com uma referência ao prognóstico que é reservado e dependente das inúmeras e potenciais complicações que possam surgir

**“QUANTITATIVE SKIN PRICK TESTS AND SPECIFIC IgE (CAP SYSTEM) FOR D. PTERONISSYNUS”- Correlation of results in a Paediatric population.**

J.Nogueira, M.Almeida, C.Santa-Marta, P.Pinto, G.Bastos, M.Boavida, J.Rosado-Pinto.  
Immunoallergy Unit, D.Estefânia Hospital - Lisbon. Portugal.

Allerg-Immunol. Paris. Mar. 1994. (MEDI.INE)  
Palavras-Chave:Asthma-immunology;Fluorescent-Antibody-Technique;  
Glycoproteins-diagnostic-use...

**RESUMO:** The CAP System compared with RAST has a greater sensitivity, with the same specificity, as well as an excellent correlation with skin prick tests (SPT), as documented by others.

Standardization of SPT is essential for routine and investigational purposes. We used a standardized lancet (DHS), and the methodology of reading the SPT was a computerized digitalized graphics tablet coupled to an IBM-PC AT using CAD software, expressing the result as whcal areas with cut off +/- at 7 mm<sup>2</sup>. The method is precise and reproducible with a mean coefficient of variation (cv) intratester - T1: 3,1%, T2: 3,5% and a cv intertester: 2,93%.

We compare the results of SPT of two different allergen extracts for Dermatophagoides Pteronissynus (DPt) (Bencard; Merck/allergo-Pharma, standardized in SBU) and correlate them with specific IgE, in 122 patients, 72 males and 50 females, aged 3 to 19 years.

The results between the extracts and the results of specific IgE obtained by CAP System with each of the extracts, were correlated. 34 patients were considered to be non atopic. 88 patients showed at least one positive result with one test, being those used to correlate the positive results....

The results showed good correlations for quantitative SPT between Bencard and Merck/Allergo-Pharma, as well as for the capacity of eliciting positive results.

When SPT were compared to specific IgE as +/- and asquantitative results, there were good correlation for Bencard/CAP and Merck/CAP.

The results obtained suggest that CAP can be used to validate allergen extracts of DPt and that studies with other extract are advisable.

Contacto: J. Abreu Nogueira - Unidade de Imunoalergologia do H.D.Estefânia.

**“ALATOP: sensitivity, specificity and predictive value of a new “in vitro” screening test of atopy”**

J.Nogueira, M.Almeida, J.Fernandes, C.Santa-Marta, P.Pinto, J.Rosado-Pinto.  
D.Estefania Hospital - Lisbon. Portugal.

Allerg-immunol. Paris. Mar. 1994. (MEDLINE).

Palavras-Chave: Hypersensitivity; Immediate-diagnosis; IgE-blood; Immunoenzyme-Techniques; Mass-Screening.

**RESUMO:** The limitations of total IgE for the screening of atopy, gave rise to in vitro multispecific IgE tests to common allergens. These should have an increased sensitivity and specificity when compared to total IgE.

Previous data showed the interest of such tests in screening procedures. ALATOP is a new in vitro multispecific IgE test including common aero and food allergens, in liquid phase, for paediatric and adult population. The result is expressed only in positive/negative.

The aim of the study was to determine the sensitivity, specificity, positive and negative predictive value and test efficiency, by comparing the results obtained in 266 paediatric patients (selected in our Unit based on a good correlation between clinical history and skin prick tests - SPT), between ALATOP and SPT.

Results: 1) Sensitivity: 89,57%; 2) Specificity: 98,06%; 3) Positive predictive value: 98,65%; 4) Negative predictive value: 85,59%; 5) Efficiency of the test: 92,86%; 6) Reproducibility of the test-average: 5,63%.

Based on this results and when they are compared to single specific IgE determinations, that are assumed to be about 80% of the sensitivity of SPT, ALATOP showed excellent results, allowing its use in the screening of atopic disease.

## **"PREVALENCE OF DUST MITE ALLERGENS IN AN AFRICAN COUNTRY"**

M.Almeida, N.Neuparth, C.Santa-Marta, J.Nogueira, C.Tavares, J.Figueiredo, P.Mata, J.Rosado-Pinto.

Delegacia de Saúde do Sal - República de Cabo Verde.

Imunoalergologia, Hospital de D. Estefânia, Lisboa, Portugal.

Congresso Internacional de Pneumologia Pediátrica. Nice. Junho 1994.

Palavras-Chave: Ácaros; concentrações antigénicas; atopia; Cabo Verde.

**RESUMO:** Cape Verde is an African country, composed by 9 islands, located in the Guinea Gulf, with a total population of 350 000 inhabitants.

In 1989 it was started a clinical cooperation between Portugal and Cape Verde, in the area of Immunoallergy. This year it was decided to begin an epidemiological study covering all the country in order to determine the prevalence of bronchial asthma (BA) and atopy in school-children (aged between 6 and 16 years).

In July 1993, it were randomly selected a sample of 10% of all schoolchildren from Sal Island. A prevalence of 10,6% of BA was found (n=25), and from these only 12% were atopic, sensitized to house dust mites (HDM). In this noncaucasian population (n=235), it was found a prevalence of atopy of 6%.

The low atopic prevalence (when compared with results found in caucasians) related to the local weather conditions (relative humidity from 18,6% in February to 29,0% in June; mean temperature from 21,3°C in February to 26.1°C in September) lead the authors to the study of the concentration of HDM antigens (Der p1 and Der f1) in mattresses of 25 houses selected from different points of the island.

The dust samples were vacuum cleaned by the same technician, from the mattresses, 2 minutes per square meter, using a MEDIVAC device. The laboratory determinations were performed by ABELLO (Madrid) using monoclonal antibodies.

The following results were obtained (ug/g - ug allergen/g dust): 1. For Der p1 - levels > 0,2 ug/g in 24 houses (96%), > 2 ug/g in 14 (56%) and > 10 ug/g in 6 (24%); 2. For Der f1 - levels > 0,2 ug/g in 13 mattresses (52%), > 2 ug/g in 6 (24%) and > 10 ug/g in 3 (12%).

Our study shows that the low prevalence of sensitization to HDM is not related with the absence of exposition, so, probably genetic factors were implicated besides the ambiental allergen exposure.

Contacto: Mário Morais de Almeida - Unidade de Imunoalergologia - H. de Dona Estefânia.



## **“BRONCHIAL RESPONSIVENESS TO METHACHOLINE IN ATOPIC AND NON-ATOPIC CHILDREN TREATED WITH BUDESONIDE 400 g b.i.d.”**

N. Neuparth, C. Pereira, M. Almeida, M. Frame, J. Rosado-Pinto.  
Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, Portugal.

Congresso Internacional de Pneumologia Pediátrica. Nice. Junho 1994.

**RESUMO:** The primary aim of this study was to examine bronchial hyperresponsiveness (BHR) in mild to moderate asthmatic children before, during and after treatment with inhaled budesonide (administered by MDI + Nebuhaler®), 400 g bid.

The study was single (patient) blind and included both atopic and non-atopic children aged 6-14 years with FEV1  $\geq$  75% predicted at entry. Their methacholine PD20FEV1 had to be  $\leq$  600 g at the end of a two week placebo run-in.

Lung function and methacholine challenge tests (MCT's) were performed at entry, end of run-in, after 4 and 8 weeks of budesonide and after 2 and 4 weeks of placebo washout. In addition, diary cards were completed twice daily with recordings of PEF and asthma symptoms.

Twenty-four children, 17 males and 7 females, received treatment and 22 of them completed the study according to protocol requirements (13 atopic and 9 non-atopic).

The atopic group (who had higher BHR at entry than the non-atopic group) showed significant improvement in geometric mean PD20 from 71 g at end run-in to 174 g after 8 week's budesonide ( $p=0.007$ ). Diary PEF morning and evening clinic FEV1, PEF and FEF 25-75 also improved significantly during this period.

During the subsequent placebo washout, there was significant deterioration in these parameters compared with the end of budesonide treatment.

The non-atopic patients showed some variation in PD20 and lung function during treatment with budesonide but no changes were statistically significant. No significant changes in asthma symptoms were noted in either group and no serious adverse events were reported during the study.

In conclusion, atopic children showed significant improvement in lung function and a reduction in BHR during budesonide treatment. Responses were variable in the non-atopic group and did not reach significance.

## **“CORRELATION OF QUANTITATIVE RESULTS BETWEEN SKIN PRICK TESTS AND SPECIFIC IgE (CAP SYSTEM) FOR D.PTERONISSYNUS”**

J.Nogueira, M.Almeida, C.Santa-Marta, P.Pinto, G.Pires, J.Rosado-Pinto.  
Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.  
Reunião Anual da Academia Europeia de Alergologia e Imunologia Clínica.  
Estocolmo.Junho 1994.  
Palavras-Chave: Alergenos; standardização; testes cutâneos; DPt.

**RESUMO:** Standardization of SPT is essential for routine and investigational purposes.

We used a standardized lancet (DHS), and the methodology of reading the SPT was a computerized digitalized graphics tablet coupled to an IBM-PC AT using CAD software, expressing the results as wheal areas with cut off +/- at 7 mm<sup>2</sup>. The method is precise and reproducible with a mean coefficient of variation (cv) intratester - T1:3,1%; T2:3,5% and a cv intertester:2,93%.

In a previous study we compared the quantitative results of 2 allergen extracts for DPt and correlated them with quantitative results of specific IgE by CAP in 88 patients with one positive test to DPt and it was obtained a good correlation.

Based on this, the objective was to compare the results of SPT of seven different allergen extracts for DPt (Abello-Ab; Bencard-Bc; Dome-Do; Lcti-Lc; Lofarma-Lo; Merck-Me; Stallergenes-St) with those of specif IgE, in 60 patients, 35 males and 25 females, aged 7 to 53 years.

The quantitative results between the extracts and those of specific IgE obtained by CAP System, were correlated.

The larger areas were obtained with Ab, Bc and Mc.

The better correlation were obtained between Ab and Bc and between Me and St. When SPT were compared to specific IgE as +/- and as quantitative results, there were correlation for all but Do.

The results obtained suggest the need for further studies with other allergens to validate the extracts.

Contacto: J.Abreu Nogueira - Imunoalergologia - Hospital Dona Estefânia - Lisboa.

## **“VALIDATION AND USEFULNESS OF A SOFTWARE FOR TECAM 8000 FOR ALASTAT DETERMINATIONS”**

J.Nogueira, C.Afonso, V.Loureiro, J.Fernandes, P.Pinto, C.Santa-Marta, M.Almeida, J.Rosado-Pinto.

Unidade de Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

Reunião Anual da Sociedade Inglesa de Alergologia e Imunologia Clínica.

Londres. Setembro 1994.

Palavras-Chave: Automatização; ALATOP; atopia; métodos.

**RESUMO:** Diagnosis of allergy is supported by “in vivo” and “in vitro” methods. The determination of total and specific IgE is one of the first steps. When are involved a high number of patients in a routine hospital practice, the automatization of the procedures is important to the work planning in the laboratory. ALASTAT consists of a liquid phase in which the allergens are bound to a matrix of branched soluble polymers coupled with amino-acid copolymers.

The aim of the study was to validate a software for the TECAM 8000, developed by Amerlab, allowing more than 320 specific allergens per assay, which automatically distributes samples, allergens, anti-ligan, with high capacity (460 reaction tubes), distributing samples in 15', allergens in 20' and reagent in 8'. It operates four sampling tips independently and it alerts operator for insufficient volumes of sample, allergens and reagent. Simultaneously we determine the sensitivity and specificity of ALASTAT for D.Pteronyssinus (DPt).

We include 99 patients (39 females; 60 males), aged 1 to 15 years (mean age: 6,2 y), selected consecutively from the Imunoallergy consultation for routine investigation of their allergy.

The results were correlated with those of skin prick tests (SPt). For DPt, the sensitivity was 91,6% and the specificity 96,8%. The correlation with SPt was  $r=0.86$ . The covariation obtained with TECAM robotization with the software using random determinations of total IgE was less than 4%. The software for TECAM robotization is discussed in detail.

Conclusion: The software for TECAM allows a high number of simultaneous determinations with minimal human intervention, with very good quality. In the study ALASTAT showed very good results for DPt.

## **“ALERGIA AO LATEX NA CRIANÇA”- Caso clínico.**

G.Pires, M.Almeida, J.Nogueira, J.Rosado-Pinto.

Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

I Jornadas Hispano-Lucas de Los Hospitales D. Estefânia y Hospital General Universitario Gregorio Marañon. Madrid. Outubro 1994.

XX Reunião Internacional de Alergologia e Imunologia Clínica (GAILL).Lisboa.Outubro 1994  
Palavras-Chave: Latex; Hipersensibilidade; Anafilaxia; Criança.

**RESUMO:** O latex é um produto da árvore da borracha (*Hevea Brasiliensis*), que após um longo processo de manufactura, entra na constituição de múltiplos produtos, nomeadamente material médico.

Nos últimos anos, têm aumentado o número de referências a reacções alérgicas do tipo I, relacionadas com a exposição a produtos com latex, que vão desde urticária localizada a situações de choque anafilático. A prevalência de sensibilização ao latex na população geral estima-se ser inferior a 1%, enquanto que em grupos seleccionados será muito mais elevada, nomeadamente profissionais de saúde e crianças com patologia malformativa, como anomalias urológicas ou neurológicas congénitas, sujeitas a múltiplas intervenções cirúrgicas e cateterismos.

Apresenta-se o caso clínico de uma criança do sexo masculino, de 7 anos de idade, referenciada à Consulta de Imunoalergologia por quadro grave de anafilaxia, iniciando no curso de cirurgia correctiva de hidrocelo que justificou internamento na UCIP do Hospital de Dona Estefânia.

Na história pregressa era de salientar a referência a quadros de urticária/angioedema relacionados com o contacto com produtos de borracha (balões, luvas e bolas). Igual reacção foi referida no curso de uma intervenção cirúrgica efectuada aos 3 anos, planeada para correcção de hidrocelo.

Foram efectuados os exames auxiliares de diagnóstico considerados relevantes, que serão apresentados, sendo de referir apenas a existência de um doseamento elevado de IgE específica para latex: classe 4 (26,6 PRU) - Alastat/D.P.C..

Atendendo ao risco de desencadear reacção sistémica grave, não foram efectuados testes cutâneos em prick com latex.

Considerando o quadro clínico e laboratorial foi colocado o diagnóstico de alergia ao latex, em criança com patologia malformativa urogenital.

Foram consideradas as medidas de evicção, quer nas actividades diárias da criança, quer no curso de tratamentos médicos ou cirúrgicos.

Foi prescrito Kit (Anaguard®) para auto-administração de adrenalina, no caso das queixas se iniciarem fora do ambiente hospitalar, não obviando o recurso imediato a um serviço de urgência.

Contacto: Graça Pires - Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa.

## **“EPIDEMIOLOGIA DA ASMA NA CRIANÇA NA REPÚBLICA DE CABO VERDE”**

M.Almeida, N.Neuparth, C.Santa-Marta, C.Tavares, J.Figueiredo, J.Rosado-Pinto.

Delegacia de Saúde do Sal - Cabo Verde.

Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa - Portugal.

I Jornadas Hispano-Lusas de Los Hospitales D.Estefânia y Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Outono 1994.

Palavras-Chave: Epidemiologia; Asma brônquica; atopia; Cabo Verde.

**RESUMO:** No âmbito da cooperação entre Portugal e Cabo Verde, na área da Imunoalergologia, foi decidido iniciar em 1993 um estudo epidemiológico, abrangendo todo o arquipélago, visando determinar a prevalência da asma brônquica e da atopia em crianças de idade escolar (dos 6 aos 16 anos).

O estudo começou em Julho de 1993, na Ilha do Sal, tendo-se efectuado a selecção de uma amostra randomizada de 10% de todos os alunos do ensino básico e secundário (n= 235). Num período de 10 dias, foram aplicados: 1.- Um questionário standard previamente validado (baseado nos questionários para diagnóstico da asma brônquica da criança, da Comunidade Europeia e da Sociedade Americana de Patologia Respiratória); 2.- Um teste rápido de provocação brônquica com metacolina (método de Yan); 3.- Uma bateria de testes cutâneos em prick.

Das crianças estudadas (235), 10,6% apresentavam sintomatologia de asma brônquica durante o último ano (“asma actual”); adicionalmente 41 das 235 crianças (17,5%) tinham apresentado pelo menos um episódio de sibilância durante a sua vida.

Do grupo de crianças asmáticas, 64% apresentavam crises de dificuldade respiratória com febre e 80% delas referiam queixas de alergia naso-sinusal.

Os testes cutâneos em prick revelaram pelo menos uma positividade em 6% da população global; 12% da população asmática encontrava-se sensibilizada a ácaros do pó doméstico.

Identificou-se hiperreactividade brônquica inespecífica em 24% dos asmáticos. A baixa prevalência de atopia e particularmente de sensibilização a ácaros, quanto comparado com estudos de populações caucasianas, levou-nos a determinar a concentração de antigénios de ácaros em colchões de 25 casos seleccionados aleatoriamente. A recolha de pó baseou-se em procedimento standardizado, tendo-se encontrado em 96% das casas, níveis significativos de exposição para o *Dermatofagóides pteronyssinus* e em 52% para o *Dermatofagóides farinac*.

Os autores concluem que a prevalência de asma neste grupo etário é similar à referida em outras regiões do mundo. A baixa prevalência da atopia e sensibilização a ácaros neste grupo etário, não estará relacionada com a ausência de exposição, pelo que, provavelmente, factores genéticos e relacionados com processos infecciosos terão papel etiopatogénico preponderante.

## “ALVEOLITE ALÉRGICA EXTRÍNSECA NA CRIANÇA”

R.Câmara, A.Cavaco, M.Almeida, J.Rosado-Pinto.  
Unidade de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa.

XX Reunião Internacional de Alergologia e Imunologia Clínica (GAI.I.). Outubro 1994.

Palavras-Chave: Pneumonites de hipersensibilidade; Pediatria; Antígenos; Clínica

**RESUMO:** As pneumonites de hipersensibilidade são uma entidade nosológica bem caracterizada, sendo a sua ocorrência em idade pediátrica geralmente considerada pouco frequente.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 5 anos de idade, do sexo masculino, saudável até Dezembro de 1993, altura em que inicia quadro clínico caracterizado por episódios recorrentes de tosse produtiva, com expectoração sero-mucosa, de predomínio nocturno, polipneia e dispneia de esforço.

Radiologicamente apresentava padrão alvéolo-intersticial bilateral. Medicado com diversos cursos de antibióticos, manteve a sintomatologia.

Em Fevereiro de 1994 observa-se um agravamento, passando a referir também queixas sistémicas, associado a uma acentuação do padrão radiológico. Medicado com claritromicina, broncodilatadores e corticóides sistémicos, ficou apirético ao 3º dia de terapêutica, mantendo as queixas respiratórias. A gasimetria arterial em repouso revelava hipoxémia com normocapnia.

Em Maio de 1994 é hospitalizado na Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, para esclarecimento de quadro clínico. Coincidente com o afastamento da criança do seu domicílio, observou-se melhoria clínica.

Da recolha dos dados anamnésicos, realçava-se a mudança de habitação na Primavera de 1993, para uma moradia antiga, húmida, em contiguidade com estufas de flores e pombo de grandes dimensões.

Exames complementares de diagnóstico: radiografia do tórax revelando padrão retículo-nodular difuso, bilateral; pletismografia pulmonar sem obstrução brônquica, sem sinais de hiperinsuflação pulmonar, com uma capacidade vital forçada a capacidade pulmonar total de 79% do valor teórico previsto; pesquisa de precipitinas para alergen de pombo positivas. A restante avaliação diagnóstica dentro dos parâmetros normais.

O quadro clínico e radiológico é compatível com Alveolite Alérgica Extrínseca (forma sub-aguda), por sensibilização a alergen de pombo.

Os autores concluem da importância desta patologia no diagnóstico diferencial do doente pediátrico com queixas recorrentes de tosse e dispneia.

Contacto: Rita Câmara - Unidade de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia.

## **“ANTI-INFLAMATÓRIOS ESTERÓIDES POR VIA INALATÓRIA REVERTEM A HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR NA ASMA DA CRIANÇA”**

N.Neuparth, C.Pereira, T.Gamboa-Depart<sup>o</sup> Fisiopatologia, Faculdade Ciências Médicas (UNL)  
J.Rosado-Pinto - Unidade de Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia.

X Congresso de Pneumologia. Lisboa. Novembro 1994.

**RESUMO:** O presente estudo foi desenhado para testar a hipótese de inflamação das vias aéreas estar associada ao desenvolvimento de hiperinsuflação pulmonar na criança asmática.

Pretendíamos provar que o tratamento com budesonido (Pulmicort Turbuhaler®) em dose terapêutica reduz significativamente os volumes pulmonares (Volume de Gás Intratorácico - VGIT e Volume Residual - VR).

Estudámos 12 crianças asmáticas (idade média - 11,2 +/- 3,3 anos) hiperinsufladas (VGIT  $\geq$  130% do valor teórico e/ou VR  $\geq$  140% do valor teórico) às quais administrámos budesonido (800 g/dia durante dois meses) em ensaio controlado (randomizado, duplamente cego, contra placebo em crossover), com consentimento informado dos pais dos doentes.

O estudo teve uma duração total de 4 meses, durante os quais se efectuaram avaliações pleitimográficas e clínicas em três ocasiões: em estado basal, 2 meses após o início do estudo (antes de crossover) e no final do estudo.

Observou-se uma redução significativa ( $p=0,05$ , teste de Wilcoxon) do VGIT médio após budesonido (126 +/-24% do valor teórico) quando comparado com o VGIT médio basal (141 +/-21% do valor teórico).

Observou-se uma redução do VR após budesonido (144 +/-51% do valor teórico) em relação ao VR médio basal (170 +/-53% do valor teórico) que não atingiu significado estatístico.

Observou-se um aumento significativo ( $p=0,05$ ) da Conductância Específica (sGaw). Não se observaram diferenças significativas nos débitos expiratórios forçados.

Em face dos resultados concluímos que: 1) Existe uma relação entre a hiperinsuflação pulmonar e a inflamação das vias aéreas; 2) A melhoria verificada nestes doentes não pode ser totalmente atribuída a alterações do calibre brônquico. Esta observação deverá ser confirmada através de estudos desenhados para o efeito.

Só após estudos longitudinais que estabeleçam o significado prognóstico da hiperinsuflação pulmonar na asma da criança, se poderão avaliar as vantagens da administração de corticoides por via inalatória a asmáticos assintomáticos.

**“III CURSO DE FÉRIAS PARA CRIANÇAS ASMÁTICAS”  
- Gouveia, 1994 - Abordagem Psicológica.**

V.Pinto, C.Corte, J.Nogueira, J.Rosado-Pinto.  
Unidade de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia.

XI Reunião da Secção de Imunoalergologia Infantil da Sociedade Portuguesa de Pediatria.  
Porto. Dezembro 1994.

**RESUMO:** Na sequência dos cursos anteriores, iniciados em 1992, este ano procurou-se fazer um estudo mais detalhado nesta população.

Fez-se um sumário levantamento em 31 crianças sobre “asma” - conhecimentos, implicações e limitações do ponto de vista da própria criança asmática. Procurou-se ainda conhecer o impacto e vivência de uma crise na família e na própria criança. Por último fomos pesquisar o posicionamento familiar destas crianças face aos pais, ou seja, a forma como sentem e avaliam o modelo educativo e relacional parental.

Os resultados encontrados apontam para que uma percentagem significativa de crianças, admite que, quando se sente mais preocupada ou triste, “fica pior da asma”.

A preocupação é, por outro lado, o sentimento dominante destas crianças e dos seus pais quando estão em crise e de uma maneira geral, são os pais a querer deslocar-se rapidamente à Urgência, enquanto os filhos a preferem protelar.

Em relação ao último aspecto, verificou-se que 18% destas crianças consideram desadequada a educação do Pai, enquanto o valor encontrado para o modelo materno foi muito superior, 31%, o que nos poderá remeter para a questão das mães patológicas.

Contacto: Vera Reimão Pinto - Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia.



## **“ASMA BRÔNQUICA”- Casuística da Consulta de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia (1993).**

M.Almeida, G.Pires, E.Rosa, R.Câmara, J.Lúcio, S.Prates, M.Fernandes, T.Gil, J.Nogueira, J. Rosado-Pinto.

Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia.

XI Reunião da Secção de Imunoalergologia Infantil da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Porto. Dezembro 1994.

Palavras-Chave: Asma Brônquica; Casuística; Consulta Externa.

**RESUMO:** Englobado num projecto que visa estudar a evolução, factores de risco, de gravidade e prognóstico, em doentes com asma brônquica e outras doenças alérgicas, pretendeu-se com este trabalho caracterizar a população de doentes com o diagnóstico de asma brônquica observados pela primeira vez na Consulta Externa de Imunoalergologia em 1993 (n=1501).

A amostragem de 313 doentes com asma brônquica, revelou os seguintes resultados: relação sexo masculino/feminino de 1,5/1; distribuição etária (anos): < 5=52%, 6-15 = 37%, > 15 = 11%; idade de aparecimento dos primeiros sintomas (anos): 0-3 = 72,3%, 4-6 = 10,0%, 7-9 = 4,2%, > 10 anos = 13,5%; sintomatologia pereneal em 97% e sazonal em 3% dos doentes; crises com febre em 29% e queixas com o esforço em 69%; patologias associadas: alergia nasossinusal- 50,5%, conjuntivite alérgica - 8,6%, dermatite atópica - 10,2%, urticária - 1,6%, estrófulo 8,1%, alergia alimentar - 4,5%.

Antecedentes familiares de alergia em 77% dos doentes. Prevalência da atopia - 57% com testes cutâneos positivos (dos quais 94% sensibilizados a ácaros).

Dos doentes com mais de 6 anos de idade, efectuou-se avaliação funcional respiratória (espirometria) na 1ª consulta em 87%, dos quais 11% apresentavam obstrução brônquica, encontrando-se 40% destes assintomáticos.

A avaliação efectuada cerca de 6 meses após o acompanhamento na Consulta, revelou melhoria clínica em 92% dos asmáticos; 8% mantinham ainda queixas significativas.

Conclusões: 1.- Mais de 70% dos doentes iniciaram a sua sintomatologia antes dos 3 anos de idade, o que realça a importância do sub-diagnóstico e consequente sub-tratamento desta doença e que se reflecte na elevada percentagem de recursos ao serviço de urgência e internamentos de asmáticos deste grupo etário. 2.- A relação entre sexos está de acordo com a distribuição etária. 3.- A prevalência de atopia é idêntica à encontrada em casuísticas de outros autores que estudaram populações semelhantes, contrastando com os resultados por nós obtidos em populações não caucasianas. 4.- Uma percentagem significativa dos doentes encontrava-se com critérios funcionais de obstrução brônquica, sem que existisse uma percepção subjectiva.

## **“QUANDO AS LIGAÇÕES COMEÇAM”**

I.Brito.

Departamento de Pedopsiquiatria - Hospital de Dona Estefânia.

2<sup>o</sup>s Jornadas de Pedopsiquiatria. Lisboa. Fevereiro 1994.

**RESUMO:** Nesta comunicação apresenta-se um estudo sobre os casos observados de 1<sup>a</sup> Infância, pela Pedopsiquiatria, no Hospital de Dona Estefânia, nos anos de 1992/93.

Verificou-se que a psicopatologia mais frequente nestes casos, era as perturbações das ligações de vinculação entre a criança e a família, que tinham como consequência os atrasos do desenvolvimento, a negligência e o mau trato da criança.

Mostra-se como a situação de hospitalização pode constituir um 1<sup>o</sup> alerta e conduzir a uma 1<sup>a</sup> intervenção que precocemente poderá atenuar e reverter as consequências de um estado carencial da criança.

Contacto: Isabel Brito - Departamento de Pedopsiquiatria - Hospital de Dona Estefânia.

## **“MANIFESTAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS DAS CRIANÇAS COM QUEIXAS SOMÁTICAS”**

G.Carvalho.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

2<sup>as</sup> Jornadas de Pedopsiquiatria. Fevereiro 1994.

**RESUMO:** 22 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 15 anos, apresentando queixas somáticas várias (cefaleias, dores abdominais, lipotímias, impotência funcional dos membros), foram avaliadas com base numa entrevista semi-estruturada e na aplicação de uma escala sintomática (Kiddie-SADS-E).

Verificou-se que 72,7% das crianças preenchiam os critérios para Perturbação Depressiva; em 86,4% dos casos eram referidas queixas somáticas na família nuclear e em 2/3 dos casos havia sobreposição sintomática.

59% das crianças tinham ainda antecedentes familiares psiquiátricos, mais frequentemente depressão materna e tentativas de suicídio.

São discutidas as manifestações psicopatológicas apresentadas por este grupo de crianças bem como a necessidade de novas estratégias de intervenção terapêutica.

## **“GRUPOS DE PAIS EM PEDOPSIQUIATRIA”**

A.Pires, C.Marques.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

2<sup>as</sup> Jornadas de Pedopsiquiatria do Hospital de D. Estefânia. “Comunicação Livre”.  
Lisboa. Fevereiro 1994.

**RESUMO:** A intervenção em grupos de pais é uma técnica de inegável valor em Pedopsiquiatria.

Com o presente trabalho, os autores procuram sistematizar alguns aspectos desta modalidade terapêutica, nomeadamente os que dizem respeito à orientação geral, estrutura e funcionamento de grupo.

Uma referência especial é feita a tipos de grupos e respectivas indicações.

Por último, é apresentada de forma breve, uma experiência com grupos de mães de crianças com depressão, levada a cabo na Clínica da Encarnação nos anos de 1991 e 1992.

A permanência de alguns temas e a repetição de certos movimentos emocionais inter-grupos são objecto de reflexão e discussão.

Contacto: Cristina Marques - Departº. Pedopsiquiatria - UPI - Unidade de Primeira Infância.

## **"IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO DE PSIQUIATRIA GERAL NA FORMAÇÃO DO INTERNO DE PEDOPSIQUIATRIA"**

C.Marques.

Departamento de Pedopsiquiatria do H.D.Estefânia - Unidade de Primeira Infância.

2<sup>as</sup> Jornadas de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia. Mesa Redonda "Formação em Pedopsiquiatria". Lisboa. Fevereiro 1994.

**RESUMO:** A autora fez uma breve apreciação da sua experiência com doentes adultos durante o estágio de Psiquiatria do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Sta. Maria.

São focados alguns aspectos que considera importantes na formação do Pedopsiquiatra em Psiquiatria Geral.

## **“PAPEL DO PEDOPSIQUIATRA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS”**

M.Marques, M.Gonçalves.  
Departamento de Pedopsiquiatria do H.D.Estefânia.

I Reunião Pediátrica do Hospital de São Francisco Xavier. Oeiras. Abril 1994.

**RESUMO:** A partir da sua actividade clínica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSFX, foram traçadas algumas considerações sobre as dificuldades que podem surgir nas interacções mãe/bébé prematuro, analisando as suas causas em ambos os parceiros da díade.

Foram também abordados os problemas específicos das mães toxicodependentes e das mães de bebés portadores da doença crónica incapacitante.

Da revisão dos casos observados durante um ano (16), procurou-se evidenciar factores protectores ou de risco para a relação mãe/bébé, analisando-se os seguintes parâmetros: 1) motivo do pedido; 2) presença do pai no internamento; 3) representação mental materna pré-natal do bebé, 4) adaptação do bebé real, 5) envolvimento psicológico da mãe na relação; 6) características da interacção; 7) intervenção terapêutica; 8) evolução.

Conclui-se que as evoluções favoráveis pareciam estar ligadas mais frequentemente a representações mentais pré-natais equilibradas, da parte da mãe, e à presença regular do pai no internamento apoiando a relação mãe/criança.

Contacto: Margarida Marques-Deptº Pedopsiquiatria do H.D.E.-Equipa 1 -H.Julio de Matos.

## **“PEDOPSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO”**

T.Cepêda.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Cadernos do Internato nº 4. Julho 1994.

**RESUMO:** A autora dá algumas indicações sobre o modo como teve início a Psiquiatria de Ligação e como dela se passou para Pedopsiquiatria de Ligação.

Aborda algumas das dificuldades encontradas neste tipo de actividade, mas também as vantagens obtidas através da articulação com a Pediatria.

Finalmente ilustra a forma como tem decorrido a experiência da Pedopsiquiatria de Ligação no Hospital de Dona Estefânia.

## **“SUCESSO DE QUEM?”**

P.Strecht.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Cadernos do Internato, nº 4. Julho 1994.

**RESUMO:** Neste artigo, procura-se fazer uma abordagem das dificuldades de aprendizagem escolar, sobre uma visão de perspectiva psicodinâmica.

As referências principais são sobre o significado e impacto das experiências emocionais de ensinar e aprender.

São estabelecidas algumas relações entre educação e aspectos de funcionamento psíquico e psicopatológico: “do aprender para amar, do amor para aprender”.

Contacto: Pedro Strecht - Departamento de Pedopsiquiatria do H.D.Estefânia - Equipa 2.



## **“REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS DAS DOENÇAS SOMÁTICAS E DA HOSPITALIZAÇÃO NA CRIANÇA”**

G.Carvalho,

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Cadernos do Internato, nº 4. Julho 1994.

**RESUMO:** Partindo da noção de que a doença constitui um episódio “normal” na vida da criança, são abordadas algumas reacções emocionais associadas à vivência da doença.

Manifestações psicológicas frequentemente acompanham as doenças somáticas, qualquer que seja a sua natureza.

Factores inerentes à criança, à duração e gravidade da doença, à necessidade de hospitalização e à atitude do meio envolvente, condicionam a reacção da criança face à doença.

## **“A DESCOBERTA ...”**

G.Maia.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Cadernos do Internato, nº 4. Julho 1994.

**RESUMO:** A aprendizagem escolar é abordada de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança integrado com a sua possibilidade e desejo de aprender.

O papel da família também é referido.

Dois revisões de casos clínicos de crianças e adolescentes são apresentados segundo a sintomatologia e o diagnóstico.

Sublinha a importância do despiste e da intervenção precoce.

Contacto: Georgina Maia - Departº de Pedopsiquiatria do H.D.E. - Hospital de Júlio de Matos  
Clínica da Juventude

**“MÃES TOXICODPENDENTES E SEUS FILHOS”**  
**- Perspectiva transgeracional.**

M.Gonçalves, M.Marques.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Simpósio Europeu da Psiquiatria e da Associação Portuguesa de Psiquiatria “Avanços Bio-psico-sociais na Patogénese e na Terapia”. Cascais. Julho 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam os resultados do estudo pedopsiquiátrico de uma população de 20 crianças, filhos de mães toxicodpendentes, com idades compreendidas entre os 11 meses e os 5 anos.

Para além das condições de habitabilidade e organização familiar foram estudados os seguintes parâmetros: qualidade de interacção, vinculação, introdução das regras pelo dador de cuidados, actuação da criança perante as restrições externas, as manifestações dos afectos, a capacidade de socialização e da elaboração simbólica bem como a existência de sintomas. Isolaram-se alguns factores de risco intra-familiar para o desenvolvimento infantil, nomeadamente a forma pouco consistente de introdução das regras pelo dador de cuidados e de organização da actividade na criança.

Põe-se a hipótese de este factor ter estado igualmente presente na infância das mães das crianças e condicionar o aparecimento da toxicodpendência.

## **“PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL”**

R.Lopes, G.Carvalho.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Hospital Miguel Bombarda.

XI Jornadas de Pós-Graduação em Psiquiatria. Outubro 1994.

**RESUMO:** Os autores apresentam algumas noções sobre a prevenção em Saúde Mental, abordando aspectos da intervenção na infância e adolescência.

Pretende-se salientar a importância dos factores de risco e sinais preditores de perturbação mental e realçar o papel essencial das atitudes preventivas na diminuição da morbilidade mental.

Contacto: Graciete Carvalho - Departamento de Pedopsiquiatria do H. D. Estefânia.

## **"TENTATIVA DE SUICÍDIO"**

N.Matos, T.Barros, T.Cepêda.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Serviço 1 Sala 4 do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 1. Novembro 1994.

**RESUMO:** Estudo de 16 casos de tentativa de Suicídio internados durante o ano de 1994 (1 de Janeiro a 17 de Novembro) no Serviço 1 Sala 4, do Hospital de Dona Estefânia.

Apresentação comparativa de dois casos clínicos.

## **"O QUE TENS AÍ? É UM BÉBÉ?"**

G.Maia, G.Saldanha.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

V Encontro da A.P.P.I.A. Coimbra. Dezembro 1994.

**RESUMO:** As autoras pretendem descrever as reacções por elas observadas nas crianças e adolescentes que seguiam em psicoterapia quando da sua gravidez.

Verificaram diferenças dependentes da idade, do sexo, da psicopatologia da criança e/ou da sua família, do tipo de relação mãe-criança e do momento de evolução clínica.

Dada a singularidade da situação, concluem da sua importância pelas repercussões observadas na relação e processo terapêutico.

Contacto: Georgina Maia - Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

## **“AS PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS RELACIONAIS DO BÉBÉ”**

M.Gonçalves.

Departamento de Pedopsiquiatria do H.D.Estefânia - Unidade da 1ª Infância.

V Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Coimbra. Dezembro 1994.

**RESUMO:** A autora descreve as experiências relacionais como as trocas afectivas entre a mãe e o filho desde o início da gravidez, considerando a existência de uma continuidade relacional entre a vida pré e post-natal.

O papel da mãe é definido fundamentalmente pela sua capacidade de “pensar” os estados de espírito do bebé e de os transformar em experiências afectivas significativas.

São descritos três tipos de experiências básicas para o desenvolvimento da relação de objecto: a experiência de intimidade, de confiança básica e de reconhecimento da realidade externa.

## **"O PERÍODO DE LATÊNCIA NA CRIANÇA"**

T.Ferreira.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria. nº 5. 1994.

**RESUMO:** O autor relaciona o primeiro período da latência com a renúncia edipiana e a organização do super-ego, e o segundo período com a identidade sexual.

A aprendizagem é discutida na capítulo "Latência e Escola" e faz-se uma resumida abordagem da terapêutica nestas idades.

Contacto: Teresa Ferreira - Depart° de Pedopsiquiatria do H. de Dona Estefânia - Equipa 2.



## **“DESENVOLVIMENTO NORMAL DA CRIANÇA NA SEGUNDA INFÂNCIA”**

A.Coimbra-Matos.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria. nº 5. 1994.

**RESUMO:** O autor começa por definir a segunda infância como o período que vai dos 3 aos 6 anos, desde a constância de vínculo afectivo até à aquisição de uma apreciável autonomia.

Descreve o desenrolar do desenvolvimento cognitivo e o crescimento emocional durante esta fase da vida.

Dá um particular relevo à formação da identidade e aos processos de identificação.

## **“AS PRÉ-PSICOSES”**

A.Coimbra-Matos.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de Formação da Clínica da Encarnação do Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa.

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria. nº 6. 1994.

Palavras-Chave: Pré-psicose; Clivagem; Objecto parcial; Objecto clivado.

**RESUMO:** O autor faz a história do conceito de pré-psicose, descreve o quadro clínico e estuda o seu dinamismo psíquico.

Sublinha o papel da clivagem activa no funcionamento mental da pré-psicose.

Distingue a organização borderline da estrutura psicótica e da estrutura neurótica pelo tipo predominante de relação de objecto.

Contacto: António Coimbra de Matos - Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do Hospital de Dona Estefânia.

## **“ESTADOS-LIMITE”: Etiopatogenia, etiologia e tratamento.**

A.Coimbra-Matos.

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria. nº 6. 1994.

Palavras-Chave: Angústia de separação; Depressão-limite; Retoma da relação suspensa.

**RESUMO:** Neste trabalho o autor salienta a perda e o desamparo afectivo na etiopatogenia da patologia borderline, o ressentimento e a clivagem na dinâmica psicopatológica e a regressão e simbiose terapêuticas no processo de cura.

Aponta alguns factores causais neuropatológicos e assinala o benefício da utilização de fármacos psicotrópicos em certas situações clínicas.

## **“PREVENÇÃO DA INFECÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO”**

R.Barros, A.Carvalhais.

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.) do H.D.Estefânia.

Reunião do Bloco Operatório. Novembro 1994.

Palavras-Chave: Prevenção; Infecção; Bloco operatório.

**RESUMO:** Introdução: Prevenção da Infecção da Ferida Cirúrgica:

- Política de Antisépticos
- Profilaxia Antimicrobiana em Cirurgia
- Vigilância Epidemiológica da Infecção da Ferida Cirúrgica

Material e métodos: Evolução Histórica:

Época de Antisepsia

Época de Assépsia

Era dos Antibióticos

Programa de Vigilância das Infecções Nosocomiais e Resistência aos Antibióticos (WHO)

Trabalho em equipa.

Factores que Influenciam a Infecção da Ferida cirúrgica:

Factores do Hospedeiro

Factores Intraoperatórios

Outros Factores

Prevenção da Infecção da Ferida Cirúrgica:

Meio Ambiente

Precauções Universais

Preparação da Pele do Doente

Preparação da Ferida Cirúrgica

Profilaxia em Cirurgia-Antibióticos

Vigilância Epidemiológica da Infecção da Ferida Cirúrgica:

a) a partir do Laboratório de Microbiologia;

b) de forma sistemática (avaliação activa dos doentes operados, das informações dos cirurgiões e das consultas após a alta)

Conclusões: Com a implementação da Política de Antisépticos, Política de Antibióticos e Vigilância Epidemiológica da Infecção da Ferida Cirúrgica, pretende-se: uniformizar a utilização de antisépticos; padronizar os antibióticos; vigiar e identificar problemas de Infecção Hospitalar; melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados com consequente diminuição da morbidade, mortalidade e custos relacionados com a Infecção da Ferida e da Infecção Hospitalar em geral.

Contacto: Rosa Maria Barros - Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia.

## **“AVALIAÇÃO DO INQUÉRITO EXECUTADO PELA C.C.I.H. EM RELAÇÃO AOS PADRÕES DE QUALIDADE DE HIGIENE NO H.D.E.”**

R.Barros.

Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (C.C.I.H.) do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião de Directores de Serviço do Hospital de Dona Estefânia. Dezembro 1994.

**RESUMO:** Introdução: A CCIH com a finalidade de avaliar as medidas introduzidas nos anos de 1993 e 1994 no que se refere a Lavagem das mãos, Política de Antisépticos e Desinfectantes e Política de resíduos Sólidos Hospitalares, elaborou e aplicou o inquérito a todos os Serviços do H.D.E.

Material e métodos: Foi pedida autorização ao Conselho de Administração para aplicação do Inquérito.

O inquérito foi feito durante a 2ª quinzena do mês de Novembro de 1994 por 2 grupos de trabalho constituídos por uma médica e uma enfermeira da CCIH. Os inquéritos foram preenchidos por avaliação directa e questionários ao pessoal com posterior avaliação dos dados obtidos com os responsáveis de cada serviço.

Foram analisados 25 unidades (todas as salas de assistência médica e cirúrgica, laboratório e serviços de apoio). Nem todos os parâmetros eram aplicáveis em todas as unidades o que foi considerado “não aplicável” no que diz respeito ao tratamento dos dados.

Os resultados foram classificados em “aceitável” (1) e “não aceitável” (2) em relação a cada um dos parâmetros. Em relação à atribuição de qualidade das Unidades, foi classificada em “Bom” ( $\geq 60\%$ ), “Razoável” ( $\geq 40\% < 60\%$ ) e “Não-razoável” ( $< 40\%$ ). Ao ser feita esta classificação considerou-se não só as práticas como as estruturas físicas das Unidades.

Assim em relação a 4 parâmetros (4, 5, 6, 10) do Inquérito que dependiam das estruturas, foi em todos os Serviços considerado “Não-aceitável”.

Das 25 Unidades inquiridas os resultados foram os seguintes: 4-Bom (16%); 6-Razoável (20%); 15-Não-razoável (64%).

Conclusão: Apesar dos resultados obtidos não parecerem bons, em comparação com a situação encontrada pela CCIH no início da sua actividade quando foi feito o primeiro inquérito, isto é, em Maio de 1992, a CCIH considera ter existido uma melhoria nítida nos procedimentos e práticas.

Em relação à correcção feita às estruturas existentes para lavagem das mãos, considera-se existir actualmente as condições mínimas para uma prática correcta. Em relação aos Resíduos hospitalares, a política proposta está a ser praticada com algumas deficiências que têm a ver não só com as práticas mas sobretudo com a inexistência de estruturas. Equipamentos desactualizados ou inexistentes têm dificultado a acção da CCIH.

Notamos em geral uma boa adesão às recomendações que têm vindo a ser feitas, mas pensamos que a CCIH falhou no aspecto formativo que resultou apenas pelo contacto diário e não existiu como “Formação programada”.

Contacto: Rosa Maria Barros - Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia.

**“NUCLEO DE ICONOGRAFIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA  
- Resumo da actividade de 1994”**

J.Estrada, L.Gama, G.Gomes-Costa.

**RESUMO:** O Núcleo de Iconografia do Hospital de Dona Estefânia tem mantido uma recolha fotográfica das diferentes patologias das crianças internadas ou observadas no Hospital que, tem apresentado em sessões hospitalares.

No ano de 1994 foram efectuadas 10 sessões, com 160 slides cada, num total de 1600 slides apresentados ou arquivados.

Foram recolhidas imagens da maior parte das enfermarias e consultas do Hospital e o domínio nosológico deste ano foi: doenças infecciosas e parasitárias (19,9%), malformações congénitas (16,9%), doenças endócrinas metabólicas da nutrição e imunitárias (16,3%), doenças do aparelho digestivo (7,6%), tumores malignos ou benignos (6,6%), lesões secundárias a causas externas (5,6%) e doenças perinatais (5%). (International Classification of Diseases - ICD-9).

Uma das sessões foi temática e dedicada à patologia hematológica.

O Núcleo foi ainda solicitado a estar presente na I Jornada Hispano-Lusa de Pediatria e Cirurgia Pediátrica, no Hospital Gregório Marañon em Madrid, tendo apresentado uma sessão sobre “A evolução histórica e o panorama actual do Hospital de Dona Estefânia”

Para além desta actividade foram cedidos cerca de 120 slides para utilização intra ou extra-hospitalar, com fins científicos ou didácticos.

Contacto: Lidia Gama - Serviço I do Hospital de Dona Estefânia.

# NÚCLEO ICONOGRÁFICO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

## - Lista alfabética das imagens de 1994 -

SLIDE Nº	TITULO
480	Abcesso sub-frênico
481	Abcesso sub-frênico (Rx)
482	Abcesso sub-frênico (TAC)
618	Adenofleimão
575	Adenofleimão (2)
555	Adenofleimão cervical
556	Adenofleimão cervical
401	Adenofleimão cervical (SIDA)
566	Afalangia parcial
494	Agenésia pulmão direito
390	Alergia proteína leite vaca
569	Alteração padrão capilar - remoinhos
552	Alterações vaso-motoras
660	Anemia de Fanconi
548	Anemia hemolítica
549	Anemia hemolítica
665	Anemia megaloblástica
664	Anemia pluricarrencial
557	Angina de Ludwig
558	Angina de Ludwig
666	Angioma plano - deformação do crânio
465	Angiomatose hepática - geral
466	Angiomatose hepática - Angiografia
467	Angiomatose hepática - peça operatória
564	Apêndice auricular
531	Aplasia cutis congênita - RN
377	Artrite reumatóide
418	Aspiração de corpo estranho -pulmão de choque
419	Aspiração de corpo estranho -pulmão de choque
616	Atelectasia pulmonar
544	Atrésia das vias biliares
545	Atrésia das vias biliares
649	Talassémia
653	Talassémia - crânio - Rx
654	Talassémia - crânio - Rx
650	Talassémia - esplenectomia
651	Talassémia - facies
652	Talassémia - facies
655	Talassémia - quelante
363	Catarata congênita - galactosémia
507	Celulite da face
508	Celulite da face
509	Celulite periorbitária
619	Celulite sub-maxilar
505	Conjuntivite herpética (2)
479	Coreia de Sydenham - FR
697	Criança batida
626	Cutis laxa
591	Doença granulomatosa crônica
422	Doença de Hodgkin
423	Doença de Hodgkin - ECO abdominal

424	Doença de Hodgkin - Rx torax
361	Doença de Hurler (2 casos)
456	Doença de Kawasaki (6 critérios major)
384	Doença de Lyell
385	Doença de Lyell
386	Doença de Lyell (biópsia)
684	Doença da membrana hialina - Rx
683	Doença da membrana hialina - imaturidade
581	D.Scheuermann
582	D.Scheuermann
648	D.von Willebrand
365	Deficiência em -1 antitripsina
563	Deformação crâneo-facial
397	Dermatite atópica (2 casos)
398	Dermatite atópica (2 casos)
550	Dermatite tóxica
453	Dermatomiosite
376	Dermatomiosite (2 casos)
526	Derrame pericárdico
608	Derrame pleural - estafilo.
609	Derrame pleural - estafilo. (Rx)
460	Desidratação grave - prega
468	Distrofia de Duchene
469	Distrofia de Duchene
657	Drepanocitose - crise
658	Drepanocitose - pulmão drepanocítico
659	Drepanocitose - lesões ósseas
462	Encefalocelo frontal
463	Encefalocelo frontal (REM)
473	Enfisema sub-cutâneo - trauma do parto
537	Enfisema sub-cutâneo
538	Enfisema sub-cutâneo
457	Eritema infeccioso (2 casos)
458	Eritema infeccioso (2 casos)
382	Eritema nodoso - Primo-infecção
472	Escabiose
527	Escarlatina estafilocócica
528	Escarlatina estafilocócica
553	Escarlatina - Língua frambuesa
621	Escarlatina/Varicela
656	Esferocitose
492	Eventração diafragmática
493	Eventração diafragmática
554	Exantema vírico
459	Extrofia vesical
380	Facomatose
567	Focomelia distal
570	Fosseta sacro-coccígea
476	Fractura do Baço - cola biológica
593	Fractura do pâncreas
594	Fractura do pâncreas (TAC)
362	Galactosémia
426	Gengivo-estomatite (2 casos)
427	Gengivo-estomatite herpética
428	Gengivo-estomatite herpética
562	Genun recurvatum (Deformação)
669	Genun varus
357	Glicogenose hepática - von Gierke



358	Glicogenose hepática - biópsias
359	Glicogenose - D.Pompe
360	Glicogenose - D.Pompe- cardiomegália
695	Granuloma eosinófilo
696	Granuloma eosinófilo (Rx)
671	Hemangioma
546	Hemangiopericitoma
547	Hemangiopericitoma
646	Hemofilia B - Hemartrose
647	Hemofilia B - Hemartrose -Rx
644	Hemofilia B - Artropatia crónica
645	Hemofilia B - Artropatia crónica
642	Hemofilia B - Artropatia crónica -Rx
641	Hemofilia B - Artropatia crónica
637	Hemofilia B - Hemartrose aguda
639	Hemofilia - hemartrose aguda
640	Hemofilia - hemartrose aguda - Rx
638	Hemofilia - hemartrose aguda - Rx
643	Hemofilia - pseudo tumor ósseo
636	Hemofilia - hemartroses agudas - Rx
633	Hemofilia - cefalohematoma
634	Hemofilia - equimoses - hematomas
635	Hemofilia - hemartroses agudas
375	Hepatoblastoma
681	Hernia diafragmática esquerda -6 meses
682	Hernia diafragmática esquerda - 6 meses -Rx
573	Hernia diafragmática direita - Rx
572	Hernia diafragmática direita
534	Hernia diafragmática
535	Hernia diafragmática
506	Herpes zoster
687	Hidropsis (2 gr de Hemoglobina)
668	Himen imperforado
394	Hipercarotenosis
367	Hiperlipidemia tipo IV
366	Hiperplasia supra-renal - virilismo
462	Hiperplasia congénita supra-renal
483	Hipertensão intracraniana benigna
576	Hipomelanose de Ito
503	Hipomelanose de Ito (2 casos)
504	Hipomelanose de Ito (2 casos)
568	Hipospádias peniano posterior
368	Hipotiroidismo congénito
412	Ileus meconial
601	Ileus meconial
602	Ileus meconial (Rx)
415	Ileus meconial - Cirurgia
414	Ileus meconial - Rx pre-pos
413	Ileus meconial - Rx pre-pos
603	Ileus meconial - peritonite
604	Ileus meconial - peritonite
605	Ileus meconial - peritonite
628	Imaturidade
629	Imaturidade
588	Impétigo
444	Invaginação intestinal (Rx)
574	Kala-Azar (2)
438	Leucomalácia periventricular

391	Linfangiectasia intestinal - hipoproteinemia
617	Linfangioma
478	Lupus eritematoso disseminado
477	Lupus - asas de borboleta
536	Malnutrição grave - RN
402	Malnutrição - Marasmo
529	Mancha mongólica
387	Mastocitose
673	Mastocitose
409	Meningocelo sinc.lambdóide (2 Rx)
407	Meningocelo sinc.lambdóide - TAC
408	Meningocelo sinc.lambdóide - TAC
400	Metahemoglobinémia (AM)
610	Metastases pulmonares - Sarcoma de Ewing
378	Miastenia
379	Miastenia
667	Microânus
571	Miclomeningocelo
371	Miopatia de Duchene
584	Molusco contagioso (infectado)
425	Mononucleose infecciosa
395	Mononucleose infecciosa
675	Mononucleose infecciosa (2 casos)
374	Neuroblastoma
578	Neuroblastoma
580	Neuroblastoma
595	Neuroblastoma
598	Neuroblastoma
597	Neuroblastoma (ECO)
596	Neuroblastoma (Rx)
599	Neuroblastoma (Rx)
600	Neuroblastoma (TAC)
579	Neuroblastoma - Rx
381	Neurofibromatose
499	Neurofibromatose
500	Neurofibromatose
501	Neurofibromatose - Hidrocefalia
577	Nevus Sutton
393	Obesidade (2 casos)
442	Oclusão intestinal (OP)
441	Oclusão intestinal (Rx)
443	Oclusão intestinal (Rx)
592	Oclusão intestinal -Bezoars
606	Oclusão intestinal - bridas
607	Oclusão intestinal - bridas (Rx)
471	Onicofagia
484	P.T.I.
485	P.T.I.
486	P.T.I. grave
429	Pan-sinusite (Fleimão R.O.)
430	Pan-sinusite (TAC)
495	Perfuração esofágica
496	Perfuração esofágica
497	Perfuração esofágica
490	Peritonite meconial calcificada
491	Peritonite meconial calcificada
676	Picada de insecto
620	Picada de insecto -cervical

622	Picada de insecto - pernas
674	Pitiríase versicolor
615	Pneumomediastino - asas de anjo
475	Pneumoperitoneu - Baço - enfisema sub-cutâneo
439	Pneumoperitoneu - pneumotorax
440	Pneumotorax Rec - bolha de enfisema
474	Pneumotorax - enfisema sub-cutâneo (Rx)
565	Polidactilia
470	Politelia
396	Psoríase
672	Psoríase
624	P.T.I
663	P.T.I.
488	P.T.I. - Hemorragia alveolar (TAC)
487	P.T.I. - Hemorragia sub-dural (REM)
392	Purpura S.Henoch
431	Queimadura oral - Cáustico
611	Quisto hidático pulmonar
612	Quisto hidático pulmonar (Rx)
613	Quisto hidático pulmonar (TAC)
614	Quisto hidático pulmonar -peça operatória
670	Quisto poplíteu - Baker
405	Raquitismo carencial
406	Raquitismo carencial (Rx)
539	Raquitismo grave
540	Raquitismo grave
541	Raquitismo hipofosfatémico familiar
542	Raquitismo hipofosfatémico familiar
489	R.N. - Fractura bilateral da clavícula
403	S.Cornelia Lange
404	S.Cornelia Lange
370	S.Cruzon (3 casos)
389	S.fetal-alcoólico
623	S.Kasabach-Merrit (Angioma cervical)
561	S.Kawasaki
436	S.Klippel-Feyl (Rx)
437	S.Klippel-Feyl
498	S.Neurocutâneos
454	S.Pele escaldada
455	S.Pele escaldada
369	S.Pendred
559	S.Stevens-Johnson
560	S.Stevens-Johnson
661	S.TAR
662	S.TAR (Rx)
372	S.Turner
464	S.4P-
445	Sarampo (Raça negra)
446	Sarampo (Raça negra)
685	Sépsis estafilocócica - R.N.
686	Sépsis estafilocócica - R.N.
420	Sépsis meningocócica grave - isquémia
421	Sépsis meningocócica grave - necroses
625	Sépsis meningocócica
677	Sequestro pulmonar (Rx)
678	Sequestro pulmonar (TAC)
688	Sífilis "pouco provável"
689	Sífilis "possível"

690	Sífilis congénita - pseudoparalísia de Parrot
691	Sífilis congénita - pseudoparalísia de Parrot (Rx)
692	Sífilis congénita - anemia p.leuc.
693	Sífilis congénita - anemia p.leuc.
694	Sífilis congénita (Rx)
416	Sífilis congénita
589	Sífilis congénita
590	Sífilis congénita
630	Sífilis congénita
631	Sífilis congénita (Rx)
417	Sífilis congénita (Rx)
432	Situs inversos
433	Situs inversos (TAC)
434	Situs inversos (Trânsito)
551	Telarca
532	Teratoma do Uraco
533	Teratoma do Uraco
543	Tétano neonatal
364	Tirosinémia (2 casos)
435	Torticólis congénito
530	Traumatismo de parto
679	Tuberculose endobrônquica (Rx)
680	Tuberculose endobrônquica (TAC)
383	Tuberculose - Primo-infecção - Rx
452	Tuberculose cutânea
510	Tuberculose pulmonar - Derrame
511	Tuberculose pulmonar - Derrame - líquido
512	Tuberculose pulmonar - Derrame -Rx
513	Tuberculose pulmonar - Derrame - Rx
448	Tuberculose pulmonar (3 casos)
450	Tuberculose pulmonar (3 Rx)
451	Tuberculose pulmonar (3 Rx)
449	Tuberculose pulmonar - R.Mantoux
524	Tuberculose - Derrame pericárdico
525	Tuberculose - Derrame pericárdico
523	Tuberculose - Poliserosite
517	Tuberculose - Disseminação broncogénica
515	Tuberculose - Disseminação hematogénica
516	Tuberculose - Disseminação hematogénica
399	Tuberculose - Eritema nodoso
520	Tuberculose - Eritema nodoso
518	Tuberculose - Granuloma endobrônquico
514	Tuberculose - R.Mantoux
522	Tuberculose - Mening-Hidrocefalia (TAC)
521	Tuberculose - Mening - Hidrocefalia
519	Tuberculose - Meningite
373	Tumor sacro-coccigeo
388	Urticária gigante
586	Varicela bolhosa (4)
587	Varicela bolhosa (4)
585	Varicela congénita
447	Varicela - Escarlatina
583	Verruga vulgaris
410	Volvo intestinal - Trombose da mesentérica
411	Volvo intestinal - Trombose da mesentérica

## **ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

### **- Informações aos autores -**

- 1** - O “Anuário” publicará os RESUMOS de trabalhos sobre os diversos ramos da Pediatria e Especialidades médico-cirúrgicas relacionadas, realizados no Hospital de Dona Estefânia ou por Médicos do Corpo clínico do hospital exercendo funções noutras instituições.
- 2** - Esta publicação terá periodicidade anual e incluirá em cada numero, os Resumos dos trabalhos apresentados e/ou publicados entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de cada ano.
- 3** - Serão aceites para publicação, “Resumos” de artigos originais, de revisões de casuística, de casos clínicos e de artigos de opinião. Só excepcionalmente serão aceites Resumos de outro tipo de trabalhos científicos.
- 4** - Os trabalhos a que se referem os Resumos, devem ter sido préviamente objecto de divulgação em reunião científica do Hospital de Dona Estefânia (Reunião de Serviço, do Hospital, Jornadas científicas ou Congressos) ou de outros organismos de saúde ou ainda divulgados em publicações médicas.
- 5** - Os Resumos serão reunidos pelo Núcleo Editorial, ao qual cabe a responsabilidade de analisar e propôr eventuais modificações aos textos de forma a que se verifiquem as “Normas de publicação”.
- 6** - Aos membros do Conselho Científico, formado pelos Directores dos Serviços e de outras áreas com responsabilidades na formação de Internos do Hospital de Dona Estefânia, caberá aceitar, rejeitar ou propôr alterações aos Resumos originários na sua própria área de actividade.
- 7** - Os Resumos entregues, serão posse do Núcleo Editorial.

# ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

## - Normas de publicação -

**1** - Os Resumos entregues serão dactilografados em papel formato A4, utilizando a língua portuguesa,(indicando no pé da página a língua estrangeira de divulgação original, se for caso disso) e devem conter o seguinte:

**a)** Título do trabalho (evitando sub-títulos).

Identificação do(s) autor(es), com apelido seguido das iniciais do 1º nome.

Serviço onde foi realizado.

Data(s) e local(s) da(s) sua(s) divulgação(s).

- Não ultrapassar 8 linhas -

**b)** Palavras chave (Opcional) - Não ultrapassar 1 linha -

**c)** Texto: Devem ser contempladas de forma breve e concisa, as rubricas necessárias à compreensão dos objectivos, metodologia, resultados do trabalho e finalmente privilegiar as conclusões obtidas, tendo em conta as características próprias desta publicação. Devem evitar-se quadros. Não se publicam figuras.

- Não ultrapassar 35 linhas -

**d)** Nome e local do contacto do autor encarregado de fornecer eventuais informações complementares acerca do trabalho a que se refere o Resumo.

- Não ultrapassar 2 linhas -

**2** - Não deverão usar-se siglas ou abreviaturas que não tenham, sido préviamente anunciadas, após menção da palavra completa.

## ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

### - Trabalhos premiados em 1993 -

ÁREA DO HOSPITAL	TÍTULO	AUTORES
<b>SERVIÇO 1</b>	"Newborn dyslipidemia"	J.Videira -Amaral, O.Aparicio, Pedro, M.Halpern
<b>SERVIÇO 2</b>	"Megauretero obstrutivo primário ou idiopático" - experiência da Unidade de Nefrologia	I.Castro, J.Ferra-Sousa
<b>CIRURGIA</b>	"Nefrectomia parcial no tumor de Wilms"	A.Gentil-Martins
<b>IMAGIOLOGIA</b>	"Massa abdominal complicada"	J.Veiga-Gomes, I.Penas
<b>PAATOLOGIA CLÍNICA</b>	"Avaliação da infecção nosocomial a Serratia m. a partir de dados bacteriológicos"	R.Barros, M.Ferreira
<b>MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO</b>	"Actuação do Serviço de M.F.R. no Núcleo de Spina bífida do H.D.Estefânia"	C.Loff, M.Portela
<b>SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	"Estrada de Marvila"-breve análise dos internamentos de S.O. - Ano de 1991	E.Souares, L.Pereira, M.Zarcos, F.Laia, A.Nurmamodo, L.Gama
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	"Hemofília" - casuística e panorâmica	T.Mendonça, I.Raminhos, M.Diniz, L.Braga, G.Gomes-Costa
<b>IMUNO ALERGOLOGIA</b>	"Asma de esforço na criança" - contributo para a standardização das provas de provocação	M.Almeida, P.Pinto, A.Matos, J.Nunes, N.Neuparth, J.Rosado-Pinto
<b>PEDO PSIQUIATRIA</b>	"Perturbações da expressão somática na criança" - revisão de 30 casos do Serviço 2 Sala 2 do H.D.Estefânia	C.Marques, T.Cepêda
<b>"Premio especial do Anuário"</b>	Atribuido à actividade do Núcleo de Iconografia do H.D.Estefânia	J.Estrada, L.Gama, G.Gomes-Costa

