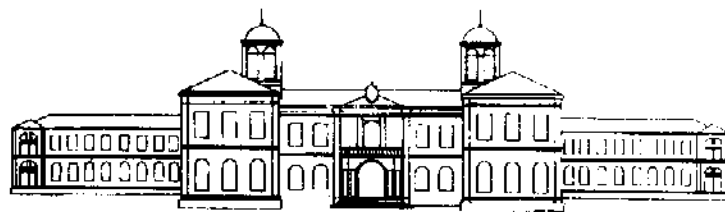


**ANUÁRIO
DO
HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

ANO III - 1995



NÚCLEO EDITORIAL DO ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

**ANUÁRIO
DO
HOSPITAL DE DONA
ESTEFÂNIA**

N.º 3

Ano 1995

NÚCLEO EDITORIAL:
Drs: Mário Coelho (Coordenador)
Ana Vizinho
Bernardino Rocha
Carla Leitão
Elsa Paulino
Fernando Chaves
Isabel leal
Isabel Martins
João Marques
Luísa Medeiros
Mafalda Leite
Rui Alves
Sara Prates
Vitor Rebelo

CONSELHO CIENTÍFICO:
Prof. Dr. Nuno Cordeiro Ferreira
Dr. José Mateus Marques
Prof. Dr. António Gentil Martins
Dr. João Carapau
Dr. Carlos Ribas de Freitas
Dr.ª Conceição Campelo
Dr.ª M.ª Helena Portela
Dr. José Rosado Pinto
Dr. António Coimbra de Matos
Dr.ª Leonor Faro
Dr. Carlos Canas Ferreira
Dr. Alberto Sampaio

CAPA:
Prof.ª Dr.ª M.ª Gertrudes Gomes da Costa

EXECUÇÃO GRÁFICA:
Iberprint - Artes Gráficas, Lda.

ISBN 972-96348-2-3

Depósito Legal n.º 98 461/96

EDITADO EM MARÇO DE 1996

PUBLICAÇÃO ANUAL
TIRAGEM: 600 exemplares

Distribuição gratuita

APOIO BEECHAM PORTUGUESA

SUMÁRIO

| | Pág. |
|---|-------------|
| EDITORIAL | I |
| ÍNDICE POR SERVIÇOS | II |
| ÍNDICE POR AUTORES | X |
| NOTA DOS EDITORES | XIII |
| RESUMOS | I |
| NÚCLEO ICONOGRÁFICO | 242 |
| - Lista de imagens de 1995 | |
| NORMAS DE PUBLICAÇÃO | 249 |
| INFORMAÇÕES AOS AUTORES | 250 |
| TRABALHOS PREMIADOS DO HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA - ANO DE 1993 | 251 |
| TRABALHOS PREMIADOS DO HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA - ANO DE 1994 | 252 |

EDITORIAL

No difícil período que a instituição atravessa e em que a coesão do Corpo clínico é mais do que nunca posta à prova, o Anuário orgulha-se de congregar a colaboração de cada vez maior número de médicos do Hospital de Dona Estefânia, tentando ser uma imagem da sua realidade científica e profissional e mais uma prova cabal do lugar destacada que a qualidade desse Corpo clínico merece no contexto da Pediatria portuguesa.

Após três anos de publicação de resumos de trabalhos originais na área da Pediatria e especialidades afins, sempre com aumento do seu número (139 trabalhos divulgados em 1993, 182 em 1994 e 241 em 1995), assinala-se a participação dos colegas da Maternidade Magalhães Coutinho no preciso momento em que se volta a questionar a existência dessa vertente da prática materno-infantil do hospital.

A organização de conferências temáticas («Ensino pós-graduado da Pediatria» em 1994, «Currículo em especialidades pediátricas» em 1995) será continuada na reunião do Anuário de 1996, abordando a problemática da «Responsabilidade médica no Serviço de urgência» e com a sua posterior publicação em suplemento do Anuário, procurar-se-á contribuir para a clarificação desta área complexa da actividade médica.

Para lá do reconhecimento devido aos colegas que nos enviam os seus trabalhos, é indispensável mais uma vez, realçar o excelente apoio da Beecham Portuguesa à edição e distribuição deste Anuário a todo o Corpo Clínico do Hospital de Dona Estefânia.

Mário Coelho

**Anuário do Hospital de Dona Estefânia
- Índice por Serviços -**

Direção: Prof. Dr. Samuel Cavalcini Escobar

Sala 1:

| | | |
|--|--|---|
| Análises à procura de um processo - casuística de 1994 | | 1 |
| Apoio da Medicina Física e Reabilitação a um Serviço de Pediatria Médica de 1.ª infância | | 2 |
| Casuística do Serviço 1 Sala 1 em 1994 | | 3 |
| Reanimação cardio-respiratória em Pediatria | | 4 |
| Os pais face à hospitalização pediátrica - experiência de uma enfermaria de 1.ª infância | | 5 |

Sala 2 - Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia Infantil:

| | | |
|--|---|---|
| Colestase neonatal - apresentação de quatro casos clínicos | | 6 |
| Primeiro ano em casa própria - casuística do internamento 1994-1995 | | 7 |
| Alteração do perfil sérico dos ác. hiliares na criança com litíase biliar. Importância clínica do ác. ursodesoxicólico | * | 8 |
| Prevalência da litíase biliar numa Consulta de Gastroenterologia Pediátrica | | 9 |

Sala 3 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN):

| | | |
|---|---|----|
| Meningite bacteriana no período neonatal | | 10 |
| Leucomalácia periventricular no RN pré-termo (estudo ecográfico e evolução clínica) | | 11 |
| Mucoviscidose com manifestação respiratória no período neonatal | * | 12 |
| Avaliação do Estágio de Neonatologia I no Internato Complementar de Pediatria | | 13 |
| Pré-avaliação das necessidades de aprendizagem em Perinatologia no âmbito do Internato Complementar de Pediatria | | 14 |
| Enfarte agudo do miocárdio na criança | * | 15 |
| Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - casuística de 10 anos | | 16 |
| Encefalopatia hipóxico-isquémica | | 17 |
| Abruptio placenta and CNS damage in preterm babies | | 18 |
| High dose intravenous immune globulin: its role in the treatment of hyperbilirubinemia caused by iso-immunization | | 19 |
| Bacterial meningitis in the neonate | | 20 |
| Listeriose neonatal - estudo retrospectivo de 10 anos | | 21 |
| Ureaplasma urealyticum e patologia neonatal. Que relação? | | 22 |
| Infecção congénita a CMV | | 23 |
| Infecção neonatal por Streptococcus do grupo B | | 24 |
| Sífilis congénita-casuística de 5 anos | | 25 |
| Insuficiência renal aguda no recém-nascido | | 26 |
| Enterocolite necrosante - experiência da UCIN do Hospital de Dona Estefânia | * | 27 |
| Noções básicas sobre a elaboração de um artigo científico na área biomédica | | 28 |
| Repercussão das colheitas de sangue sobre os valores de hemoglobina em recém-nascidos de Muito Baixo Peso submetidos a terapia intensiva | | 29 |
| Infection Epidemiology of very low birth weight newborn infants | | 30 |
| Congenital diaphragmatic hernia - predictors of poor outcome | | 31 |
| Ictericia neonatal e fototerapia - novas perspectivas | | 32 |
| Avaliação da Idade Gestacional do recém-nascido pela Ecografia Transfontanelar (Estudo comparativo com os métodos de Ballard e de Malina) | | 33 |
| Medição de recém-nascidos numa Maternidade portuguesa - sugestão de um modelo de Neonatómetro | | 34 |
| Anestesia e intervenção cirúrgica da hérnia inguinal no recém-nascido pré-termo e suas complicações - casuística de 8,5 anos | | 35 |

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

SALA 4 - Unidade de Hematologia Pediátrica:

| | | |
|---|---|----|
| Movimento assistencial da Unidade de Hematologia (Serviço 1 sala 4) em 1994 | | 36 |
| Problemática da doença hematológica crónica | | 37 |
| Anemia ferropénica arrastada: caso clínico de hemossiderose pulmonar idiopática | * | 38 |

Serviço 1 (Geral)

| | | |
|--|---|----|
| Generalidade e anomalias cardíacas fetais | * | 39 |
| O Hospital e o adolescente - uma visão num hospital pediátrico | * | 40 |
| HDE e mortalidade - casuísta de seis anos (1989-1994) | | 41 |

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

Sala 1:

| | | |
|--|--|----|
| Alergia às Proteínas do Leite de Vaca - experiência do Serviço 2 | | 42 |
| Trombocitopénia neonatal | | 43 |
| Diabetes insípida como causa de febre | | 44 |

Sala 2:

| | | |
|---|--|----|
| «As aparências às vezes iludem» (Lupus eritematoso sistémico) | | 45 |
| Caso menos frequente de uma doença comum (Tuberculose pulmonar) | | 46 |
| «Água (quase tudo) e cloreto de sódio... - a propósito de um caso de Cerebral Salt Wasting Syndrome | | 47 |

Sala 3 - Unidade de Doenças Infecciosas:

| | | |
|---|---|----|
| Estridor de etiologia a esclarecer - um caso clínico (Linfangioma quístico) | * | 48 |
| Meningites bacterianas - 2 casos clínicos | | 49 |
| Unidade de Doenças Infecto-contagiosas: casuística de 1994 | | 50 |
| Encefalite herpética | | 51 |
| Um caso clínico de meningite tuberculosa e tuberculose piulmonar | | 52 |

Unidade de Pneumologia

| | | |
|---|--|----|
| «O que parece é... ou não é? - um caso clínico (Hipertrofia tímica) | | 53 |
| Doença pulmonar crónica - um caso clínico (Hemossiderose pulmonar) | | 54 |
| Um grupo de risco para maior gravidade de Tuberculose Doença | | 55 |

Unidade de Nefrologia:

| | | |
|---|--|----|
| Vírus da Hepatite B e Rim | | 56 |
| Nefrologia lobar aguda - caso clínico | | 57 |
| Uropatias malformativas: diagnóstico pré-natal e estudo evolutivo | | 58 |
| Crescimento em Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória | | 59 |

Nota: a simbola (*) assinala trabalhos de colaboração entre Serviços.

Unidade de Neuropediatria:

| | |
|---|----|
| Síndrome de West - casuística da Unidade de Neuropediatria do H. D. Estefânia | 60 |
| Epilepsia mioclónica juvenil e púrpura trombocitopénica idiopática - a propósito de um caso com dificuldades terapêuticas | 61 |
| Aspectos neurológicos da Doença de Lyme | 62 |
| Doença neurológica geneticamente determinada de etiologia não conhecida | 63 |
| Síndrome biopercular - a propósito de um caso clínico | 64 |
| Epilepsias mioclónicas criptogénica na criança - dificuldades diagnósticas | 65 |
| Patologia medular na criança | 66 |
| Distrofia muscular de Becker e cataratas numa família | 67 |
| Síndromas miasténicos na criança | 68 |
| Infirmités motrices d'origine cérébral au Portugal - une réalité encore insuffisamment connue | 69 |
| Mielomeningocele - um tema sempre actual | 70 |

Unidade de Electroencefalografia:

| | |
|--|----|
| Hematoma subdural agudo numa criança de 2 anos - evolução do E.E.G. | 71 |
| O E.E.G. no diagnóstico das convulsões neonatais - dois casos exemplares | 72 |

Sala 2 - Geral:

| | | |
|---|---|----|
| Dois casos clínicos de Síndrome de Acardi | * | 73 |
| Estado de mal de ausências de duração indeterminada | * | 74 |
| Cécité prolongé d'origine épileptique chez un enfant de 4 ans | * | 75 |

Departamento de Cirurgia Pediátrica
Director - Dr. António Gabriel Martins

| | | |
|--|---|----|
| Alongamento dos membros em dismetria pós-traumática | | 76 |
| Doença de Crohn complicada em idade pediátrica | * | 77 |
| Tratamento conservador no tumor de Wilms | | 78 |
| Espinha bífida - o seu tratamento | | 79 |
| Técnicas de suporte nutricional | * | 80 |
| Correcção de defeitos da parede abdominal com prótese - a propósito de dois casos clínicos | | 81 |
| Une nouvelle approche dans la chirurgie conservatrice des tumeurs du vagin chez l'enfant | * | 82 |
| DES, Adenocarcinome, histerocolpocctomie et reconstruction vaginal immediate | * | 83 |
| Chirurgie conservatrice des tumeurs des os avec gréff immediat - «l'operation du trepied» | * | 84 |
| Reconstruction total dans l'extrophie vesical (sexe feminin) | * | 85 |
| Quisto hidático no Departamento de Cirurgia do Hospital de Dona Estefânia | | 86 |
| Diagnóstico e tratamento do varicocele em idade pediátrica | | 87 |
| Transferência de crianças dos PALOPS em Cirurgia Pediátrica | | 88 |

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

| | | |
|---|---|-----|
| Defeitos da parede abdominal - experiência de 10 anos (1985 - 1994) | * | 89 |
| Atrésia do esófago - experiência de 10 anos (1984-1994) | * | 90 |
| Índices prognósticos e de gravidade em doentes cirúrgicos pediátricos | * | 91 |
| Fetus in fetu heteropago pigopago versus teratoma diferenciado | | 92 |
| Urgência neonatal por síndrome de compressão da veia cava superior | | 93 |
| Abcesso dos músculos psoas e iliaco no recém-nascido - caso clínico | | 94 |
| Encerramento primário de gastrosquisis gigante Lefort II com prótese de dura mater | | 95 |
| Abordagem cirúrgica na enterocolite necrosante - casuística de 5 anos | * | 96 |
| Cirurgia do N de muito baixo peso (1988-1994) | | 97 |
| Encerramento primário de onfalocelo major com prótese de PTFE | | 98 |
| Doença de Perthes | | 99 |
| Infeções da mão e do pé da criança | | 100 |
| Osteomielite crónica na criança | | 101 |
| Lesões vasculares da medula após cirurgia por neuroblastoma torácico avançado (...) | * | 102 |
| Sequestração pulmonar extralobar neonatal - a propósito de um caso | | 103 |
| Hipertensão portal extra-hepática - revisão teórica e apresentação de um caso clínico | * | 104 |
| Approaches to local recurrences and metastatic cancer | * | 105 |

Serviço de Imagiologia - Director: Dr. Carlos Ribas Freitas

| | | |
|--|---|-----|
| Osteopetrose | | 106 |
| Invaginação intestinal complicada | | 107 |
| Hiperecogenicidade transitória das pirâmides renais do recém-nascido | | 108 |
| Alterações ecográficas da Aorta após cateterismo da artéria umbilical | * | 109 |
| Mal de Pott | | 110 |
| Ecografia e a anca da criança | | 111 |
| Imagiologia na urgência em Pediatria | | 112 |
| Ecografia transfontanelar - técnica e anatomia normal | | 113 |
| A imagiologia na identificação da lesão renal | | 114 |
| Complicações da ventilação de RN de Muito Baixo Peso - aspectos radiológicos | * | 115 |

Serviço de Patologia Clínica - Directora: Dr. Conceição Campelo

| | | |
|---|---|-----|
| Papel do Laboratório na investigação das doenças autoimunes | | 116 |
| Antriorpos anti-citoplasma dos neutrófilos - casuística de 2 anos (1992-1994) | | 117 |
| Estudo comparativo de 2 sistemas automáticos de hemoculturas num hospital pediátrico | | 118 |
| Importância da prova da xilose no estudo dos síndromas de má absorção | | 119 |
| Alterações da hemostase na pré-eclâmpsia (Estudo preliminar) | * | 120 |
| Clones de St. aureus meticilina-resistentes no Hospital de Dona Estefânia | * | 121 |
| Pesquisa de U. urealyticum em recém-nascidos de pré-termo | | 122 |
| Vírus respiratórios em crianças sibilante | * | 123 |
| Estudo laboratorial da capacidade de resposta imunológica à vacinação anti-hepatite B | | 124 |
| Informação das estirpes hospitalares isoladas nos Serviços do H.D.E. | | 125 |
| Prevalência do Vírus HCV numa população pediátrica | | 126 |
| Vírus de Epstein-Barr: valor diagnóstico da pesquisa dos anticorpos heterófilos na população infantil | | 127 |
| Avaliação da situação actual relativamente à infecção nosocomial a Serratia marcescens | | 128 |
| Prevalência de AC. anticardiolipina em soros de doentes com situações clínicas associadas | | 129 |

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

| | | |
|---|--|-----|
| Deteção de Ac. anticardiolipina e antifosfolípidos com dois «kits» comerciais usando o método ELISA | | 130 |
| Infeções peritoneais num hospital pediátrico | | 131 |
| Avaliação das bacteriémias num hospital pediátrico | | 132 |
| Deficiência congénita do Factor VII | | 133 |
| Estudo comparativo de dois métodos de doseamento da amónia | | 134 |
| Iontoforese-estática de 5 anos do Serviço de Patologia Clínica | | 135 |
| Exame microscópico das fezes | | 136 |

Serviço de Medicina Física e Reabilitação
Directora: Dr.ª M.ª Helena Portela

| | | |
|--|--|-----|
| Reabilitação respiratória na criança - dinâmica do Serviço | | 137 |
| Malformações congénitas da mão - papel da (re)abilitação | | 138 |
| Malformações congénitas dos membros - conceitos | | 139 |
| Spina bífida e marcha | | 140 |
| Quando chamar o Fisiatra | | 141 |

Serviço de Anestesiologia - Directora: Dr.ª Leonor Faro

| | | |
|--|---|-----|
| Estudo comparativo entre a administração de Ketamina rectal/I.M. na Unidade de queimados do Hospital de Dona Estefânia | | 142 |
| Estudo retrospectivo e casuística de 9 anos de anestesia em cirurgia de urgência no HDE | * | 143 |
| Protocolos de actuação anestésica em Cirurgia pediátrica de urgência no H.D.Estefânia | | 144 |

Serviço de Urgência - Director: Dr. João Carapau

| | | |
|---|--|-----|
| Vertente interna do Serviço de urgência-experiência da Equipa G em 1994 | | 145 |
| Que urgência? | | 146 |
| Casuística operatória de uma equipa cirúrgica - 2 anos | | 147 |
| Intoxicações em Pediatria - casuística de dois anos do Hospital de Dona Estefânia | | 148 |

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP):

| | | |
|---|---|-----|
| Falência múltipla de órgãos em Pediatria | | 149 |
| Uma acalásia «muito» complicada | * | 150 |
| Taquicardia supraventricular em Unidade de Cuidados Intensivos | * | 151 |
| Doença Granulomatosa crónica | | 152 |
| Falência de órgão em Pediatria | | 153 |
| Suporte ventilatório na insuficiência respiratória | | 154 |
| Avaliação de uma UCIP Pediátrica utilizando o Risco de Mortalidade Pediátrico (PRISM) | | 155 |
| Infeção VIH em cuidados intensivos pediátricos | | 156 |
| Cetoacidose diabética - estudo retrospectivo de 3 anos | * | 157 |
| Malformações congénitas do diafragma de apresentação tardia | | 158 |
| Malária grave | | 159 |
| Factores de necrose tumoral e sépsis | * | 160 |
| Mononucleose infecciosa - a propósito de dois casos clínicos | | 161 |
| Desidratação hipernatrémica - caso clínico | | 162 |
| Coartação da Aorta - a propósito de um caso clínico | * | 163 |
| Acidentes de submersão em Pediatria | | 164 |
| Síndrome de Guillan-Barré numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos | | 165 |

Nota: a símbolo (*) assinala trabalhos de colaboração entre Serviços

| | | |
|--|--|-----|
| Processo clínico 231/95: sequestração esplénica | | 166 |
| Défice de 3-hidroxi-acil-CoA desidrogenase de cadeia longa | | 167 |
| Síndrome de Choque Tóxico | | 168 |
| Cateterismo da Veia sub-clávia em Cuidados Intensivos Pediátricos | | 169 |
| Reanimação cardio-respiratória numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos | | 170 |
| Ventilação mecânica numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos | | 171 |

Consulta Externa - Director: Dr. José Alarães Martins

Pediatria médica:

| | | |
|--|---|-----|
| «Por um pormenor... e nem havia vento» - a propósito de um caso clínico de ataxia-telangiectasia | | 172 |
| A propósito de um caso de cefaleias arrastadas (Astrocitoma) | * | 173 |
| Osteopetrose maligna | | 174 |
| Três situações de cefalcias associadas a patologia intracranéana | * | 175 |
| Adenopatia pré-auricular | | 176 |
| Enurese nocturna na Consulta de Pediatria Médica: 1990-1994 | | 177 |
| «O que é raro é raro, mas...» - um caso clínico de Paniculite de Weber-Christian | | 178 |

Desenvolvimento

| | | |
|--------------------|--|-----|
| «À espera de Godot | | 179 |
|--------------------|--|-----|

Hematologia

| | | |
|---|--|-----|
| Púrpura de Schoenlein-Henoch: casuística da Consulta de Hematologia 1988-1994 | | 180 |
|---|--|-----|

Nefrologia

| | | |
|---------------------------------------|--|-----|
| Infecção urinária - primeira consulta | | 181 |
|---------------------------------------|--|-----|

Imunodeficiências

| | | |
|--|---|-----|
| Morbilidade cardíaca em crianças com infecção pelo V.I.H - resultados preliminares | * | 182 |
| Impacto psicológico da transmissão mãe-filho na infecção pelo V.I.H. | * | 183 |

Pneumologia Infantil:

| | | |
|---|--|-----|
| Pneumonia a Pseudomonas - dois casos clínicos | | 184 |
| Tuberculose dos anos 90 | | 185 |
| Derrame pleural tuberculoso | | 186 |
| Fibrose quística - revisão casuística | | 187 |

Imunopatologia - Chefe de área: Dr. José Rosado Pinto

| | | |
|--|---|-----|
| Hiperreactividade brônquica e pneumonia recorrente na criança | | 188 |
| Asma brônquica no ambulatório e no internamento - casuística | | 189 |
| Força dos músculos inspiratórios e hiperinsuflação pulmonar na criança asmática | * | 190 |
| Avaliação funcional respiratória na asma brônquica | | 191 |
| Intervenção psicológica num curso de férias para crianças asmáticas | * | 192 |
| Curso de férias para crianças asmáticas | * | 193 |
| Correlação dos resultados quantitativos obtidos com os testes cutâneos em Prick e determinações de IgE específica (CAP System) para D. pteronyssinus | | 194 |

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

| | | |
|--|---|-----|
| Imunoterapia específica para Parietária - estudo aberto em doentes monossensibilizados com asma brônquica e/ ou rinite | | 195 |
| Correlação das determinações de IgE total obtidas por IRMA (TECAM 8000) e IMMULIE | | 196 |
| Níveis de exposição a alérgenos de ácaros em crianças na República de Cabo Verde - correlação com aspectos clínicos, laboratoriais e da residência | | 197 |
| Reacção anafiláctica à prednisolona - caso clínico e revisão bibliográfica | | 198 |
| Alergia alimentar na criança - reacções adversas ao pêssego | | 199 |
| Dois casos clínicos: abordagem psicológica (crianças asmáticas) | * | 200 |
| O volume de gás encarcerado como mecanismo de hiperinsuflação pulmonar crónica na asma da criança | * | 201 |
| Prevalência da asma infantil e da atopia em Cabo Verde - resultados preliminares | * | 202 |
| Compliance do sistema respiratório em crianças com asma e hiperinsuflação pulmonar, sentados e deitados | * | 203 |

Departamento de Pedopsiquiatria
Director: Dr. António Coimbra de Matos

| | | |
|---|---|-----|
| Dificuldades no internamento em Serviços de Pediatria de crianças e adolescentes com patologia psiquiátrica | | 204 |
| Avaliação das necessidades de internamento em Pedopsiquiatria | | 205 |
| A patologia psico-somática da criança | | 206 |
| A rotura e a ligação: algumas reflexões sobre as descompensações psicóticas na adolescência | | 207 |
| Da emoção ao pensamento: o afecto no conhecer do outro | | 208 |
| Cardiologia Pediátrica / Pedopsiquiatria: seis anos de colaboração | * | 209 |
| Da associação à integração da psicoterapia e farmacoterapia | | 210 |
| Autismo - intervenção terapêutica na 1.ª infância | | 211 |
| A arte como terapia | | 212 |

Serviço de Otorrinolaringologia
Director: Dr. Carlos Canas Ferreira

| | | |
|--|---|-----|
| Urgências em Otorrinolaringologia Pediátrica - 1993 | | 213 |
| Obstrução nasal na criança | | 214 |
| Zona auricularis | * | 215 |
| Filme da intervenção cirúrgica (Atrésia choanal congénita bilateral) | | 216 |

Maternidade Magalhães Coutinho
Sub-Director: Dr. Alberto Sampaio

| | | |
|---|---|-----|
| Consulta de adolescentes da Maternidade Magalhães Coutinho - revisão casuística | | 217 |
| Vigilância ginecológica pós-gravidez em mulheres seropositivas para o VIH | | 218 |
| Factores de risco para o cancro da mama | | 219 |
| Lesões do colo a Human Papiloma Virus - correlação de exames diagnósticos | | 220 |
| Lesões do colo a Human Papiloma Virus | | 221 |
| Consulta de colposcopia em jovens | | 222 |
| Factores de prognóstico para o cancro da mama | | 223 |
| Infecção a Papiloma Virus Humano em mulheres seropositivas para o VIH | * | 224 |
| Gravidez e seropositividade para o VIH - revisão casuística | | 225 |
| Ovário restante: status pós-histerectomia | | 226 |
| Perfil da hemostase e terapêutica hormonal de substituição | * | 227 |
| Perfil da hemostase na mulher com diferentes terapêuticas hormonais de substituição | * | 228 |
| Consulta de menopausa dos H.C.L. | | 229 |
| Carcinoma da trompa - caso clínico e revisão teórica | | 230 |

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

| | |
|---|-----|
| Conizações - casuística de 17 anos (1978-1994) Consulta de colposcopia da MMC | 231 |
| Agonistas LH-RH - revisão teórica e dos casos tratados numa equipa da MMC (1992-1995) | 232 |
| Experiência de uma equipa de urgência na sala de partos da MMC (1992-1995) | 233 |
| Laparoscopia no Serviço de urgência de Ginecologia e Obstetrícia | 234 |
| «Home-trainer» - uma maneira económica de preparar novos laparoscopistas | 235 |
| Complicações em laparoscopia e sua profilaxia - conclusões da experiência da equipa | 236 |
| Histeroscopia operatória - conclusões da experiência da equipa | 237 |

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

| | |
|---|-----|
| Política de resíduos hospitalares - experiência do Hospital de Dona Estefânia | 238 |
|---|-----|

Núcleo do Projecto de Apoio à Família e à Criança do H.D.E.

| | |
|---|-------|
| Criança vítima de maus tratos - casuística de 1993 - 1994 | * 239 |
|---|-------|

Núcleo de Iconografia do Hospital de Dona estefânia

| | |
|--|-----|
| Tuberculose infantil por imagens | 240 |
| Actividade no ano de 1995 do Núcleo de Iconografia | 241 |

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

ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Índice por autores (Ordem alfabética)

| Autor | Pág. | Autor | Pág. |
|-------------------|--|----------------------|---|
| Abranches M. | 56, 57, 58 | Cary C. | 139, 140, |
| Afonso J. | 207, | Carmo M. | 15, |
| Aguas II. | 66, | Carmo S. | 234, 236, 237, |
| Aguiar T. | 66, | Carmona L. | 239, |
| Almeida M. | 123,188,189,194,195, 196,197, 198,199,202 | Carneiro R. | 106,109,112,113 |
| Almeida T. | 166, 167 | Carvalhais F. A. | 128, 238, |
| Alves F. | 77,89,90,97,98,99,147 | Carvalho C. | 216, |
| Alves R. | 76,81,89,92,95 | Carvalho F. | 189, |
| Amador A. | 176, | Carvalho L. | 49, 51, |
| Andrade A. | 227, 228 | Casella P. | 27, 77, 80, 89, 90, 96, 97, 98, 147, |
| Andrade I. | 148, | Casimiro A. | 36, 37, 187, |
| Andrade N. | 148, | Castanheira C. | 142, 143, 144, |
| Antunes J. | 101, | Castro I. | 45, 181, |
| Assunção N. | 234, 236, 237, | Cavaco J. | 46, 47, 185, 187, 239, |
| Baldia J. | 50, | Cenicante T. | 142, 143, 144, 147, |
| Barata D. | 91,155,160,165,166, 167, 169,170,171, | Cepêda T. | 40, 204, 209, |
| Barata I. | 174, | Chaves F. | 21,47,48,50,51,54,55, 172,178,184,185 |
| Barroco G. | 42, | Ciprandi G. | 102, |
| Barros C. | 143, 144, | Cleto E. | 104, |
| Barros D. | 1,2,5,165, | Clington A. | 19, 29, 32, 33, |
| Barros M. R. | 118,121,122,125,128, 131,132,238 | Coelho M. | 2, 3, 4, 5, 41, |
| Barroso R. | 27, | Coimbra M. | 104, |
| Barrueco C. | 106, 110, 112, | Coimbra-Matos A. | 208, 210, |
| Batista J. | 56, 58, 145, | Condeço B. | 139, |
| Bento A. | 181, | Cordeiro-Ferreira G. | 7, 8, 9, |
| Barnardino L. | 182, | Cordeiro-Ferreira N. | 182, |
| Bernardo M. | 230, | Costa A. | 19, 29, 33, |
| Bessa A. | 156, 182, | Costa M. | 138, 141, |
| Bettencourt A. | 43, 174, | Costa J. | 67, |
| Blanco J. | 173, 175, 177, | Coutinho J. | 13, |
| Boligno C. | 102, | Coutinho S. | 217, 218, 222, 224, 225, 229 |
| Borges C. | 27,93,96,97,98,147, | Crespo I. | 227, 228, 229, |
| Borges D. | 32, | Cruz C. | 49, 146, 151,185, 186, 239 |
| Braga L. | 38, | Cunha F. | 146, |
| Bretes I. | 158, | Curvelo A. | 45, 46, 187, |
| Brites D. | 8, | Daniel I. | 136, |
| Brito I. | 5, 206, | Davidoff V. | 74, |
| Brito M. | 152, | Deonna T. | 73, 74, 75, |
| Cabral J. | 7,8,9,90, | Dias A. | 7, 40, |
| Cabral P. | 172, | Dias D. | 121, |
| Cabugeira A. | 120,218,224,225, | Dias K. | 60, 62, 65, 67, 69 |
| Calado C. | 229, | Didlet C. | 57, 181, |
| Calado E. | 62,65,67,69,175, | Duarte A. | 239, |
| Câmara R. | 188, 189, | Duarte L. | 11, 15, 17, 18, 21, 22, 33, 35, |
| Campelo M. | 124, | Duarte M. | 183, |
| Campos O. | 219,220,221,223,226,231 | Duarte R. | 143, 144, |
| Canas-Ferreira C. | 215, | España M. | 82, 83, 84, 85, 92, 103 |
| Candeias A. | 229,234,236,237, | Espinosa L. | 7, 8, 9 |
| Candeias F. | 36, 37, 180, | Esteves M. | 44, |
| Candeias M. | 142, 143, 144, 147, | Estrada A. | 40, |
| Carapau J. | 45,46,53,54,55,148,185,186 | Estrada J. | 41,91,149,153,156,157,158,1 60,169,170, 171, 179, 240, 241 212, |
| | | Falcão R. | 212, |

| | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|---|
| Faleiro M. | 57, 58, | Lucas A. | 86, 87, 88, 94, 100, 101, |
| Farinha R. | 213, | Luiz P. | 148, 180 |
| Faro L. | 142, 143, 144, | Lurdes-do Ó M. | 48, 50, 215. |
| Faustino F. | 234, 236, 237, | Macedo A. | 15, 39, 182, |
| Fernandes I. | 152,155,159, 160,168,169, 170,171 | Machado A. | 57, 181, |
| Fernandes M. | 189, | Maeder M. | 75, |
| Ferra-Sousa J. | 43, 56, 57, 58, 59, | Magalhães J. | 81, 92, 95, |
| Ferreira A. | 232, 233, | Maia A. | 193, |
| Ferreira M. | 13, 39, 163, | Maia G. | 207, 209, |
| Ferreira P. | 220, 221, 226, | Maio R. | 77, |
| Figueiredo M. | 119, 134, 135, | Mahomed F. | 219, 220, 221, 223, 226, |
| Flores H. | 167, | Marcos F. | 223, |
| Fonseca M. | 69, 146, | Marçal J. | 29, 34, |
| Fradique A. | 234, 235, 236, 237, | Marques A. | 91,155,160,165,166,167, 169, 170, 171, |
| Fradique L. | 234, 235, 236, 237, | Marques A. C. | 188, |
| Furtado J. | 110, 111, 115, | Marques C. | 5, 205, 211, |
| Galante H. | 143, 144, | Marques E. | 140, |
| Gama L. | 1, 41, 145, 179, 215, 240, 241, | Marques M. | 128, 215, 238, |
| Gambôa T. | 190, 201, 203, | Martins I. | 216, |
| Gaspar A. | 5, | Martins M. | 224, |
| Gaspar M. | 66, | Martins T. | 162, |
| Gentil-Martins A. | 48,78,79,82,83,84, 85, 93,102,103,104,105, | Martins V. | 15, |
| Gomes-Costa M. | 38, 180, 240, 241, | Massa R. | 163, 164, |
| Gonçalves A. | 143, 144, | Mato R. | 121, |
| Gonçalves V. | 173, 175, | Matos M. | 116, 117, 127, |
| Griff I. | 119, 134, 135, | Matos T. | 230, |
| Guerreiro N. | 23, 25, 151, 160, | Medeiros L. | 139, 140, |
| Henriques G. | 174, | Meleiro L. | 234, 236, 237, |
| Henriques M. | 13, 19, 26, | Melo A. | 216, |
| Henriques N. | 107, 111, | Mendonça T. | 1, 3, 4, 5, 173, 175, |
| Inserra A. | 102, | Militão J. | 143, 144, |
| Isabel-Dias A. | 60, 62, 58, | Moniz A. | 143, 144, |
| Jerónimo M. | 222, 226, 229, | Moniz M. | 143, 144, |
| Lacerda H. | 143, 144, | Moniz P. | 217, 227, 228, |
| Lage M. | 44, 55, 185, | Morais J. | 164, |
| Laia F. | 22, | Moreno T. | 11, 61, 63, 64, 69, 73,74, 75,146, |
| Lamy S. | 2, 12, 38 | Monteiro A. | 39, 101, 181, |
| Leal F. | 10, 14, 17, 18, 20, 29, | Monteiro L. | 214, 215, |
| Leal I. | 45, 46, 145, | Moreira B. | 214, |
| Leal M. | 88, 100, | Mota S. | 98, |
| Leça-Pereira A. | 52, | Mota A. | 157, |
| Leilão C. | 217, 219, 223, 226, | Neto A. | 59, |
| Leite M. | 7, 177, | Neto G. | 156, |
| Lemos A. | 128, | Neto M. | 10, 16, 20, 23, 24, 25, 27, 30, 31 |
| Lencastre H. | 121, | Neuparth N. | 190, 191, 197, 201, 202, 203 |
| Levy M. | 139, | Neves H. | 35, 158, 168, |
| Lima M. | 15, 39, 151, 163, 182, | Neves M. | 5, 40, 180, |
| Loff C. | 140, | Nóbrega I. | 143, 144, 147, |
| Lopes B. | 53, 55, 184, 185, 186, 187, | Nóbrega S. | 149, 153, |
| Lopes D. | 197, 202, | Nogueira A. | 217, 227, 228, |
| Lopes F. | 142, | Nogueira J. | 123, 192, 193, 194,195,196, 198, |
| Loureiro H. | 161, 165, | Nogueira G. | 4, 35, 156, 182. |
| Loureiro V. | 116, 117, 132, 124,126, 127, 196 | Nona B. | 18, |
| | | Novais M. | 89, |
| | | Nunes A. | 106, 108, 110, 112, |

| | | | |
|--------------------|--|--------------------|--|
| Nunes M. | 15, 182, 229, | Santos C. | 22, |
| Oliveira H. | 156, | Santos A. C. | 140, |
| Oliveira N. | 8, | Santos H. | 120,129, 130, 133, 160,227, 228 |
| Oliveira-Santos J. | 12, 38, 48, 54, 156, | Santos L. | 67, |
| Paixão A. | 209, | Santos M. | 148, 149, 151, 153, 154, 160, 163, 164, 169, 170, 171 |
| Partidário A. | 192, | Santos T. | 172,174,175,177,178, |
| Pascoal J. | 88, 94, 101, | Sanches I. | 121, |
| Paulino E. | 2, 51, 177, | Sá-Couto H. | 86, 93, 96, |
| Pedreira A. | 137, | Seco P. | 42, |
| Peixer I. | 142, 143, 144, | Sequeira S. | 44, |
| Penas I. | 107, 111, | Serelha M. | 10, 16, 20, 24, 25, 27,31,89, 90, 96, 109,115, |
| Pereira C. | 209, | Serrão A. | 152, |
| Pereira F. | 86, 88, | Seves G. | 42, 56, |
| Pereira I. | 140, | Silva A. | 58, |
| Percira M. | 6, | Silva M. | 217, 231, |
| Pereira L. | 8, 9, 145, | Soares E(unice) | 145, |
| Pereira-Silva L. | 12, 14, 34, | Soares E(cugénia) | 31, 108, |
| Peres I. | 118, 122, 128, 131, 132, | Soares M. | 115, |
| Pina R. | 145, 157, | Sobral M. | 239, |
| Pinguicha E. | 227, 228, 229, | Sobreira M. | 120, |
| Pinto F(ílomena) | 32, | Sobreira R. | 227, 228, |
| Pinto F(átima) | 15, | Soudo A. | 141, |
| Pinto M. | 42, 174, | Sousa F. | 217, 219, 223, 227,228, 232,233 |
| Pinto P. | 194, 195, | Sousinha M. | 83, 84, 102, |
| Pinto S. | 150, | Tavares C. | 197, 202, |
| Pinto V. | 193, | Tavares M. | 14, 16, 24, 25, 26, 31, |
| Pires G. | 189,190,191, 194,195,197, 202 | Teles L. | 109, 179, |
| Pires N. | 222, 231, | Torre M. | 6, 8, 9, 39, 40, 181, |
| Pó I. | 7, 8, 9, | Tribuna J. | 36, 37, 180. |
| Pona N. | 5, 177, | Trigo C. | 151, |
| Prates S. | 189, 191, 199, | Vale M. | 41,148,149,153,154, 158,160,166,169,170,171,179 |
| Quaresma A. | 120, 234, 236, 237, | Vale P. | 159, |
| Ramos J. | 149,151,153,160, 161,162, 169, 170,171, | Valente R. | 152, 155, 159, 160, 168, 169,170,171 |
| Rebelo V. | 216, | Varandas L. | 145, 157, 159, 161, |
| Reimão P. | 200, | Vasconcelos A. | 140, |
| Reis V. | 141, | Vasconcelos M. | 139, |
| Rendas A. | 201, 203, | Vasconcelos C. | 91,148,149,151,152,153,154, 155,156,157,158,159,160,161, 162,163,164,165,166,167, 168,169,170,171 |
| Resende M. | 230, | Veiga-Gomes J. | 107,109,110,111,114, |
| Ribeirinho A. | 236, 237, | Veiga M. | 71, 72, |
| Ribeiro E. | 43, 54, 176, | Ventura L. | 151,155,160,161,162, 169,170,171, |
| Ribeiro-Silva I. | 201, | Ventura T. | 218, 224, 225, |
| Ribeiro-Silva L. | 3, 177, | Vidreira-Amaral J. | 10,12,13,14,15,16,18,19,20, 21,22,23,24,25,26,28, 29,30,31,32,33,34,35,96, |
| Rocha T. | 142, 143, 144, | Viegas M. | 142, 143, 144 |
| Rodrigues M. | 108, | Vieira J. | 66, 173, 175, |
| Rodrigues O. | 2, 3, 4, 5, | Vieira-Macedo A. | 148,154,160,163,164,167, 169,170,171, |
| Romão G. | 145, | Viveiros A. | 119, 134, 135, |
| Rosa A. | 129, 130, 133, | Zarcos M. | 15,36,37,47,53,54,145,187, |
| Rosa E. | 145, 189, | Kaku S. | 15, |
| Rosado L. | 156, 182, 183, | | |
| Rosado-Pinto J. | 123, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, | | |
| Roulet E. | 73, 75, | | |
| Sampaio A. | 218, 224, 225, | | |
| Santa-Marta C. | 194, 195, 197, 198, 199, 202, | | |
| Santa-Rita M. | 1, | | |
| Santos A.F. | 7, 8, 9, 48, 50, 239, | | |
| Santos A. | 87, 94, | | |

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.

Sempre que excedam o número de linhas máximo determinado, os Resumos apresentam-se truncados, sendo neste caso assinalados no texto como símbolo «(... ...)».

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 símbolo (*) após o título do Resumo.

T. Mendonça, D. Barros, M. Santa-Rita, L. Gama.

Serviço 1 - Sala 1. Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 1. Março de 1995.

Palavras chave: Análises; Informação clínica; Reinternamento.

RESUMO: Os autores fazem uma análise dos exames complementares de diagnóstico chegados à enfermaria, S1 S1, após alta dos doentes.

Neste ano houve um total de 523 internamentos aos quais corresponderam 177 análises/exames nestas condições.

Através do livro de registos da enfermaria identificámos os 103 processos correspondentes a estas análises/exames. Destes só foi possível consultar 81, restando 34 análises cujos 22 processos não foram encontrados.

Os processos não encontrados, distribuíram-se ao longo do ano, sendo o maior número nos meses de Abril, Maio, Junho, Julho e Novembro.

Das 177 análises/exames existentes, 41,2% apresentavam alterações correspondendo aos sectores de bacteriologia (76,7%), imunologia (12,3%) e outros sectores do laboratório (10,9%).

Nas 143 análises que encontraram processo algumas condicionavam alteração na informação clínica. Assim em 87 das análises bacteriológicas efectuadas 16 alteravam a informação clínica, assim como em 56 dos exames de outros sectores, 7 alteravam essa informação.

Estas alterações de informação clínica contribuíam em alguns casos para modificação do diagnóstico, ou especificação do mesmo.

Na revisão efectuada aos processos clínicos verificámos que em 37 casos, os doentes tiveram conhecimento dos resultados das análises.

Ignorámos a localização dos 22 processos em falta, mas nestes haviam também resultados analíticos positivos.

Pela consulta efectuada ao Ficheiro Piloto da Gestão de Doentes constatamos que nenhum doente tinha sido reinternado, devido aos resultados das análises em questão.

Após esta análise concluímos que a qualidade da informação clínica só é possível com um processo clínico completo, pelo que sugerimos que o processo só vá para a codificação após estar completo e revisto.

APOIO DA MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO A UM SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA DE PRIMEIRA INFÂNCIA

E. Paulino, D. Barros, S. Lamy, M. Coelho, O. Rodrigues

Serviço 1 Sala 1. Hospital de Dona Estefânia

1.ªs Jornadas de Reabilitação Infantil. Lisboa. Abril 1995

Palavras chave: Cinesiterapia; Criança.

RESUMO: Como objectivo, pretendeu-se avaliar as características do apoio do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) a uma enfermaria de Pediatria Médica de primeira infância.

Através de um estudo retrospectivo com base nos dados informatizados referentes a 529 processos de internamento na Sala 1 do Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia, no ano de 1994, procurou-se caracterizar o grupo de doentes com patologia respiratória e apoiados pelo SMFR, comparativamente ao grupo com idêntica patologia e sem o apoio deste serviço, que serviu de grupo de controlo. Foram valorizados os aspectos demográficos, nosológicos, terapêuticos, evolutivos e relativos à intervenção do SMFR.

Fez-se a análise estatística através do teste t-Student para comparação de médias e desvios-padrão, considerando com significado estatístico os valores $p < 0,05$.

No total dos 529 internamentos, foram realizados 856 diagnósticos, predominando a patologia respiratória, gastro-intestinal e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Em 148 doentes (27,9%) foi solicitado o apoio do SMFR, tendo sido programados 156 planos de tratamento, que contemplaram 61% das infecções respiratórias baixas.

Como a maioria dos doentes tinha mais do que um diagnóstico e as co-morbilidades poderiam influenciar parâmetros como a eficácia terapêutica ou a duração do internamento, foram apenas incluídos no estudo 43 doentes que tiveram pneumonia como único diagnóstico e 42 que tiveram bronquiolite nas mesmas circunstâncias.

O pedido de avaliação pelo SMFR e a resposta dada foram, em regra, breves, com um tempo inferior a 48 horas.

A duração média do internamento no grupo das pneumonias e no das bronquiolites foi de 9,5 e 8,8 dias, respectivamente. O pressuposto que a necessidade de terapêutica com broncodilatadores ou corticóides está associada a um quadro respiratório mais grave, confirmou-se com o tempo de internamento mais prolongado, nestes doentes.

A intervenção do SMFR no grupo das bronquiolites, comparativamente com o grupo de controlo (sem intervenção do SMFR), condicionou uma maior duração do internamento, independentemente da gravidade e da terapêutica farmacológica, associação que foi estatisticamente significativa. O mesmo não foi verificado com o grupo das pneumonias, em que a intervenção do SMFR se repercutiu na redução do tempo de internamento nos casos mais graves e, paradoxalmente, no aumento da duração do mesmo nos de menor gravidade.

Maioritariamente, as crianças estudadas pertenciam a famílias sócio-economicamente desfavorecidas, enquadradas nas classes III e IV da classificação de Graffar. Constatou-se que quer a área de residência fosse em Lisboa ou fora desta, ou o facto de pertencer a uma freguesia degradada versus freguesia de melhor nível sócio-económico, não interferiram na duração do internamento.

A grande maioria dos doentes mantiveram o tratamento fisioterápico até ao dia da alta hospitalar. No ambulatório verificou-se que a facilidade de acesso a este tipo de tratamento, em tempo útil, variou na razão directa com a condição sócio-económica das famílias, com vantagem daquelas que viviam em Lisboa. Esta realidade concorreu para a decisão de prolongar o tempo de permanência no Serviço, para que o doente beneficiasse do apoio do SMFR hospitalar.

Porque o SMFR não funciona durante os fins de semana, dos 2081 dias teoricamente programados para cinesiterapia respiratória (CR), foram perdidos 598. Tal facto, condicionando uma taxa de utilização de 71%, foi provavelmente, responsável por algum prolongamento dos internamentos.

Por fim, salienta-se que, para o melhor aproveitamento da CR será necessário rever aspectos organizativos do apoio prestado pelo SMFR e da sua articulação com os centros homólogos do ambulatório.

CASUÍSTICA DO SERVIÇO LSALA 1- 1994

L. Ribeiro-Silva, T. Mendonça, M. Coelho, O. Rodrigues
Serviço 1 Sala 1.
Reunião de Serviço 1. Abril 1995

RESUMO: Os autores apresentam os dados referentes ao movimento assistencial desta enfermaria de 1.^a infância durante o ano de 1994 (529 internamentos).

É feito um estudo da população quanto à sua origem, sexo, idade, raça, residência, distribuição sazonal do internamento, sua duração e foram relacionados alguns destes parâmetros entre si.

Procedeu-se também à estatística do internamento e avaliou-se o equipamento de que se dispõe para as necessidades sentidas.

Compararam-se o motivo de internamento e o diagnóstico de entrada com o diagnóstico de saída e quantificaram-se os exames e as terapêuticas realizadas, contabilizando-se ainda o resultado.

Sob a forma de comentários, concluiu-se que: uma parte significativa dos doentes eram provenientes de fora de Lisboa ou de freguesias fora da área da responsabilidade do Hospital, cerca de 25% poderiam ter beneficiado da existência do «Hospital de Dia» ou «Internamento de curta duração»; que a estatística de duração total e por patologia e a taxa de ocupação foram razoáveis em relação aos meios, nem sempre os mais adequados; que a taxa de transferência por agravamento é inferior a 1% e corresponde maioritariamente a situações de insuficiência respiratória; que a mortalidade foi de 0,56% e ocorreu apenas em situações actualmente incuráveis.

REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA

G. Nogueira, T. Mendonça, M. Coelho, O. Rodrigues.

Serviço I Sala I. Hospital de Dona Estefânia.

Lisboa - Portugal

1.º Prémio (Poster) – 5.º Congresso Pam-Americano e Ibérico de Medicina Intensiva Lisboa. FIL. Junho 1995.

RESUMO: No conjunto dos serviços que prestam cuidados de saúde à criança, incluindo os primários, a ocorrência de emergências cardio-respiratórias é certamente pouco frequente. A raridade destas situações e a consequente falta de treino dos profissionais no local, pode comprometer o êxito destas manobras quando necessárias.

No entanto, quando surgem, é fundamental que as medidas de reanimação básica se iniciem de forma imediata e eficaz, permitindo a sua continuação em unidades diferenciadas, com o objectivo não só de salvar a vida da criança, como também não comprometer a sua qualidade no futuro.

Os autores apresentam em «Poster», um protocolo de reanimação cardio-respiratória (CR) na criança, na forma de um fluxograma de fácil e rápido acesso visual (dimensão A3, linguagem e exemplificação gráfica), cuja estrutura pretende apoiar a execução de manobras de reanimação CR e administração das drogas adequadas a cada fase do processo, em locais onde a prática das mesmas não seja habitual.

OS PAIS FACE À HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA — Experiência de uma enfermaria de 1.ª infância

C. Marques, N. Pona, A. Gaspar, D. Barros, C. Neves, T. Mendonça, M. Coelho, I. Brito, O. Rodrigues.
Serviço 1 Sala 1. Hospital de Dona Estefânia.
Reunião Clínica do Serviço 1. Junho 1995.

RESUMO: O lugar dos pais no hospital pediátrico modificou-se consideravelmente nas últimas décadas. A sua presença nas enfermarias tornou-se hoje uma realidade quotidiana de importância indiscutível para a criança, porém não completamente isenta de conflitos para as equipas pediátricas.

Com este trabalho os autores pretendem: 1) avaliar factores ansiogénicos dos pais das crianças na faixa etária da 1.ª infância. 2) sensibilizar os pediatras em formação para esta temática. O trabalho foi realizado durante os anos de 1994 e 1995 no Serviço 1 - Sala 1 do H. D. E..

A população em estudo foi escolhida aleatoriamente e consistiu nos pais de 60 crianças internadas por um período superior a 3 dias. Foi aplicado pelos médicos um questionário de escolha múltipla, que para além de dados demográficos e clínicos, procura avaliar o grau de informação dos pais (objectivo e subjectivo), factores ansiogénicos para os pais e para a criança.

Nos resultados há a destacar, quanto às características da amostra: predomínio de crianças com idade inferior a 6 meses (53%), do sexo masculino (53%), de raça branca (80%) filhas de pais jovens, pertencendo a famílias nucleares (66%) e de baixo nível sócio-económico (Graffar IV-53%). Existiam internamentos anteriores em 23% das crianças e a experiência em relação a estes internamentos foi positiva em 86% dos casos. Apenas 48% dos pais se encontram objectivamente informados (conheciam pelos menos 2 dos parâmetros - diagnóstico, evolução ou terapêutica), enquanto 56% dizem sentir-se informados (subjectivamente). O médico é considerado como a fonte de informação mais esclarecedora (78%) e também a de mais fácil contacto em 58% dos casos. Os factores ansiogénicos mais frequentemente referidos pelos pais foram, em relação a si próprios, a separação da criança e a gravidade da doença (ambos em 46% dos casos), em relação à criança a ausência dos pais (41%).

Perante o grande número de pais que não se sente informado e sabendo ser o grau de informação um possível factor ansiogénico dos pais, os autores efectuaram uma análise comparativa dos grupos «informado» e «não-informado».

Para além da informação fornecida objectivamente pelo médico parecem influir no grau de informação dos pais (e portanto no seu sentimento de segurança) os seguintes factores:

- disponibilidade/acessibilidade do médico.
- idade da criança (o grau de informação é menor nos pais de bebés com idade inferior a 3 meses).
- nível sócio-económico da família (nos níveis mais baixos os pais estão objectivamente menos informados, mas sentem-se informados subjectivamente).
- características pessoais dos pais.

Como conclusão, os autores consideram que a presença dos pais na enfermaria deve ser encorajada mas, para além de informações médicas claras e precisas, é importante que exista uma relação securizante com o médico da enfermaria.

M. Torre, M. Pereira

Serviço 1 Sala 2. Hospital de Dona Estefânia.

Reunião Clínica do Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia. Abril 1995.

RESUMO: Os autores apresentaram o protocolo de diagnóstico da Colestase Neonatal da Secção de Gastroenterologia e Nutrição da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Analisaram 4 casos clínicos de colestase neonatal de diferentes etiologias.

- Criança de sexo masculino enviada para esclarecimento de síndrome colestática aos 2 meses de idade. Da investigação salienta-se, alfa - 1-antitripsina 0,52g/dl e fenotipo alfa - 1 - antitripsina ZZ. A biópsia hepática revelou glóbulos PAS +, diastase resistente, confirmando o diagnóstico de Déficit de alfa - 1 - antitripsina.

- Criança do sexo feminino transferida ao mês de idade. Na cintigrafia hepatobiliar não ocorreu passagem de radioisótopo para o intestino, sendo submetida a laparotomia em que a colangiografia intraoperatória mostrou vias biliares permeáveis com marcada hipoplasia dos ductos hepáticos e árvore biliar. Mantém colestase marcada, apresentando fácies peculiar. Diagnóstico: Síndrome de Alagille.

- Criança de sexo masculino transferida aos 52 dias por atresia das vias biliares extra-hepáticas. Efectuada hepatoportocolecistotomia com melhoria clínica e laboratorial. Aos 2 meses de post-operatório, agravamento com ascite colúria, acolia, sendo diagnosticada fístula arteriovenosa que foi ocluída por embolização, ficando clinicamente estável.

- Criança de sexo feminino surgiu com colestase aos 2 meses. Da investigação salienta-se glutamyl transpeptidase e colesterol normais e apolipoproteína A1 baixa. Na cintigrafia houve excreção lenta do radiofármaco para o intestino e a biópsia hepática mostrou diminuição dos ductos biliares. Diagnóstico: Doença de Byler.

PRIMEIRO ANO EM CASA PRÓPRIA - Casuística do internamento 1994/1995.

F. Santos, M. Leite, A. Dias, J. Cabral, G. Ferreiro, I. Pó, L. Espinosa.

Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil.

Reunião Clínica do Serviço I do Hospital de Dona Estefânia.

Outubro 1995.

Palavra-chave: Casuística; Patologia Gastrointestinal; Nutrição assistida.

RESUMO: Os autores realizaram uma revisão casuística do internamento na Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia Infantil (S1S2) do Hospital de Dona Estefânia, no seu primeiro ano de funcionamento. Na Unidade, funcionam em simultâneo, de forma interligada e complementar, as vertentes do internamento e ambulatório. Durante este período registaram-se 321 internamentos num total de 302 doentes. Houve um predomínio de crianças com idade inferior a 1 ano (44%). Não se observaram diferenças significativas em relação ao sexo. A taxa de ocupação em 1994 foi de 51,99% e em 1995 de 41,04%. A demora média de internamento em 1994 foi de 6,43 dias e em 1995 de 6,13 dias.

34% das crianças foram referenciadas da consulta por agudização de doença crónica, para realização ou preparação prévia de exames complementares ou vigilância após a sua realização.

A maior parte foi internada pelo serviço de urgência (54%). A diarreia aguda / GEA foi o motivo de internamento mais frequente (25%), seguindo-se o internamento para realização de pH metrias (22%), vómitos/regurgitações (12%). Em 53% dos casos o internamento foi de média duração, registando-se 11 casos (3%) de internamentos prolongados (> 30 dias).

Foram em seguida analisadas com detalhe, as várias patologias que motivaram o internamento: Esofágica (n=46), Gastroduodenal (n=13), Colon (n=14), GEA (n=76), Hepato-biliar (n=23) e Doenças metabólicas (n=8).

Trinta crianças necessitaram de nutrição assistida (27 nutrição entérica em débito contínuo e 3 alimentação parentérica).

Dos exames complementares efectuados destaca-se a ecografia abdominal/renal (n=124), endoscopia digestiva alta (n=90) e a pH metria (n=77).

Para finalizar os autores apresentam os valores que demonstram a actividade do ambulatório no que diz respeito ao número de consultas e às técnicas efectuadas.

ALTERAÇÃO DO PERFIL SÉRICO DOS ÁCIDOS BILIARES NA CRIANÇA COM LITÍASE BILIAR — Importância clínica do ácido ursodesoxicólico

M. Torre, D. Brites, A. Santos, L. Pereira, J. Cabral, G. Cordeiro Ferreira, I. Pó, N. Oliveira, L. Espinosa
Serviço I. Unidade de Gastrenterologia do Hospital de Dona Estefânia.
Centro de Metabolismos e Genética da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.
X Reunião Anual da Secção de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica. Funchal. Outubro 1995.
Palavras-chaves: Litíase biliar na criança; Ácidos biliares; Ácido ursodesoxicólico.

RESUMO: O objectivo deste trabalho foi o de estudar a repercussão que as alterações na secreção biliar e nas representações percentuais (RP) dos ácidos biliares (AB), têm a nível sérico, quer na ausência, quer na presença de terapêutica com o ácido ursodesoxicólico (AUDC), com o fim de melhor compreender os mecanismos implicados na litíase e o valor preditivo dos AB, o que poderá facultar uma melhor estratégia na prevenção e tratamento desta patologia. O estudo foi efectuado em 6 crianças (3M, 3F) com idades compreendidas entre os 8 meses e os 11 anos ($7,3 \pm 4,0$ anos), havendo ligeiras alterações de fosfatase alcalina (FA) em dois casos (524 e 788UI/L); ecograficamente foram visualizados cálculos múltiplos em três. Dois apresentavam cálculos radiopacos. Estas crianças foram submetidas a terapêutica com AUDC, na dose diária de 10mg/kg/dia e durante um período de $8,2 \pm 4,4$ meses. Com o AUDC, observou-se a normalização da FA, para valores de 180 e 203 UI/L, diminuição do tamanho dos cálculos num caso e remissão completa noutro. Os valores séricos dos AB totais situaram-se entre 2,6 e 6,3 micromol/L ($4,3 \pm 1,5$ micromol/L), ligeiramente inferiores aos de $5,7 \pm 2,0$ micromol/L encontrados numa população de 20 indivíduos «saudáveis» (controlo). Relativamente ao perfil dos AB salienta-se que os doentes apresentaram uma elevação significativa para a RP do ácido quenodesoxicólico (AQDC) de $49,1 \pm 13,3\%$ vs $33,1 \pm 5,5\%$ ($p < 0,005$) no grupo de controlo. Tal elevação é consequência do aumento da forma glicocjugada que foi de $27,4 \pm 17,4\%$ vs $15,1 \pm 4,9\%$ ($p < 0,01$). Paralelamente verificou-se uma descida na RP do ácido desoxicólico de $18,8 \pm 5,8\%$ vs $27,2 \pm 6,5\%$ ($p < 0,05$), contribuindo para o aumento da razão molar dos AB primários, relativamente aos secundários ($3,4 \pm 2,0$ vs $1,8 \pm 0,6$, $p < 0,05$). Como resultado da administração de AUDC, que ocasionou uma elevação estatisticamente significativa ($p < 0,005$) dos Ab totais para valores de $11,8 \pm 3,3$ micromol/L, houve uma alteração importante na RP dos vários AB, com um AUDC de $24,9 \pm 9,0\%$, em simultâneo com uma descida do AQDC para $32,7 \pm 3,3\%$ ($p < 0,05$). Ainda, a determinação do índice hidrofóbico dos AB (habitualmente apenas determinado na biliar) nos soros dos nossos doentes, revelou por comparação com o obtido nos soros do grupo de controlo ($0,40 \pm 0,03$ vs $0,36 \pm 0,18$, $p = 0,055$), uma alteração do equilíbrio hidrofílico-hidrofóbico dos AB sobreponível ao encontrado na biliar litogénica, corrigida pelo AUDC ($0,26 \pm 0,07$, $p < 0,01$). Os resultados obtidos, para além de reforçarem a importância que os AB hidrofóbicos podem ter na patogénese da litíase biliar e o benefício terapêutico do AUDC, sugerem ser o perfil sérico dos AB resultante da sua representatividade biliar o que, a confirmar-se, possibilitará uma mais fácil monitorização terapêutica.

PREVALÊNCIA DA LITÍASE BILIAR NUMA CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA

M. Torre, A. Santos, L. Pereira, G. Cordeiro-Ferreira, J. Cabral, I. Pó, L. Espinosa

Serviço I. Unidade de Gastroenterologia do Hospital de Dona Estefânia.

II Congresso Científico dos Hospitais Cívis de Lisboa

Novembro 1995

Palavras chave: Litíase biliar na criança; Ácido ursodesoxicólico; Dor abdominal recorrente.

RESUMO: Numa tentativa de estudar a litíase biliar na criança os autores efectuaram um estudo retrospectivo.

Assim num período de 6 anos (1990-1995) foram observadas na Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia Infantil do Hospital de Dona Estefânia 2795 crianças, das quais 17 com litíase biliar. A prevalência foi de 0,6%. Houve um predomínio do sexo masculino (65%). A idade variou entre os 2,5 meses e os 13 anos.

Em 11 crianças havia factores predisponentes de litíase biliar (anemia hemolítica crónica, obesidade, prematuridade com período neonatal complicado, antecedentes de litíase biliar em familiares do 1º grau).

A maior parte das crianças não apresentava sintomatologia específica de litíase biliar. O diagnóstico foi feito ecograficamente em 16 crianças, na maioria dos casos no contexto de investigação de dor abdominal recorrente. Seis delas apresentavam imagens ecográficas de cálculos múltiplos. 30% tinham cálculos radiopacos.

Treze crianças fizeram terapêutica médica com AUDC 10 mg/kg/dia, por um período de tempo que variou entre 8,2 ± 4 meses. Houve desaparecimento dos cálculos em duas e diminuição do tamanho destes em três. Em oito não se obteve resposta, embora tivessem todas menos de um ano de terapêutica.

Três das crianças foram colecistectomizadas.

Estes resultados sugerem que a litíase biliar tem início precoce na criança e que a maioria dos casos apresentam-se clinicamente silenciosos. Tem no geral uma boa evolução, devendo manter-se no entanto um controle clínico e imagiológico periódico.

MENINGITE BACTERIANA NO PERÍODO NEONATAL

M. Neto, F. Leal, M. Serelha, J. Videira-Amaral

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

I Seminário de Neonatologia (Comunicação oral).

Porto, Janeiro 1995

XXI International Congress of Pediatrics (Poster). Cairo, Setembro 1995

II Congresso Científico dos HCL (Poster). Lisboa Novembro 1995

RESUMO: A meningite bacteriana constitui uma das situações mais preocupantes para o neonatologista devido à elevada mortalidade e sequelas graves que ocorrem nos sobreviventes.

OBJECTIVO: Estudar a epidemiologia da meningite bacteriana no período neonatal.

MÉTODOS E DOENTES: Os autores efectuaram a revisão dos casos de meningite bacteriana em recém-nascidos admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia, num período de 10 anos (1 de Janeiro de 1985 a 31 de Dezembro de 1994).

Foram excluídas as infecções congénitas e os casos em que a sintomatologia teve início após os 28 dias de vida.

Definiu-se meningite precoce quando o início da doença ocorreu nas primeiras 72 horas de vida.

RESULTADOS: Houve 28 recém-nascidos (RN) com esta patologia, correspondendo a 1% das admissões na Unidade neste período. Em 85.7% dos casos as crianças foram admitidas do exterior.

Predominou a meningite tardia (78.6%). A maioria dos RN era de termo e adequado à idade gestacional e houve predomínio do sexo masculino.

Os principais sinais clínicos foram gemido, convulsões, febre e recusa ou intolerância alimentar. As alterações hematológicas mais frequentes foram PCR elevada, relação neutrófilos imaturos neutrófilos totais elevada e anemia.

A cultura do LCR foi positiva em 74.1% das situações. Seis de 22 RN tiveram cultura do LCR positiva com hemocultura negativa e em 3, ambas as culturas foram negativas. Predominaram os bacilos Gram negativos, nomeadamente a *Esch. coli*.

A mortalidade foi de 32.1%. Houve 7 crianças com sequelas, 4 das quais graves.

LEUCOMALÁCIA PERIVENTRICULAR NO RN PRÉTERMO (Estudo ecográfico e evolução clínica)

T. Moreno, L. Duarte

Serviço I Sala 3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Hospital de D. Estefânia

I Seminário de Neonatologia. Neuropatologia neonatal: Certezas e incertezas

Porto, Janeiro 1995

RESUMO: Objectivo: Avaliar a incidência de Leucomalácia Periventricular (LPV) no RN prétermo e respectivas sequelas.

Material e métodos:

Foi efectuada análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os RN prétermo, com o diagnóstico por ecotomografia transfontanelar de LPV, 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, que seguiram para a Consulta de Neonatologia do nosso hospital, no respeitante ao desenvolvimento psicomotor e sensorial, oftalmológico e audiológico.

Resultados:

Nos 5 anos estudados, foram internados na unidade 1345 RN, dos quais 47,5% foram prétermos. Destes, foi diagnosticada LPV em 112 (17,5%). Dos doentes com LPV 52,6% 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% apresentaram um desenvolvimento psicomotor adequado e foram consideradas como tendo sequelas graves, 25,5% dos casos. Os casos de pior prognóstico estavam relacionados, na sua maioria, com lesões na região occipital e/ou lesões quísticas.

Conclusão:

Na nossa série, e de acordo com outros estudos anteriores, apenas as crianças com Leucomalácia Periventricular posterior ou quística apresentaram sequelas consideradas graves.

MUCOVISCIDOSE COM MANIFESTAÇÃO RESPIRATÓRIA NO PERÍODO NEONATAL - A PRESENTAÇÃO DE UM CASO

S. Lamy, L. Pereira-Silva, J. Oliveira-Santos, J. Videira-Amaral
Serviço 1 Sala 3
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 1.º e 5.º minutos de vida. Nasceu com 3420 gramas e 49,5 cm (percentil 75). Esteve internada até ao 5.º 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 manteve 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 dejectões de consistência líquida-pastosa e má progressão ponderal, apesar de suplementar-se o aleitamento materno. Foi internada ao 50.º dia de vida por agravamento da tosse e dificuldade respiratória, associada a imagem radiológica de hipotransparência no lobo superior direito (LSD). No dia do internamento mostrava-se malnutrida, com 2900 gramas, 2,1 mm de prega cutânea 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 electrólitos no suor (iontoforese pela pilocarpina), tripsina imuno-reactiva, quimiotripsina e gorduras fecais, quer pelo estudo da biologia molecular - genotipo $\Delta F508/G542X$. Foi tratada com lavagem bronco-alveolar (isolamento de *Staphylococcus aureus*), antibioterapia, dieta semi-elementar, enzimas pancreáticas e fisioterapia 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.

AValiação DO ESTáGIO DE NEONATOLOGIA I NO INTERNATO COMPLEMENTAR DE PEDIATRIA

J. Videira-Amaral, J. Coutinho, M. Ferreira, M. Henriques
URN / Serviço 1 Sala 3. Hospital de Dona Estefânia. LISBOA
IV Congresso Português de Pediatria
St.ª Maria da Feira. Abril 1995.

RESUMO: INTRODUÇÃO - O ensino-aprendizagem da Neonatologia é fundamental para a prática clínica do futuro pediatra. O objectivo deste trabalho foi conhecer os resultados da avaliação feita pelos internos do internato complementar de Pediatria concluída a primeira metade daquele estágio (3 meses).

MÉTODO - Foram analisados os questionários de resposta anónima preenchidos pelos internos do internato complementar no período entre 1-1-92 e 31-12-94 correspondendo ao estágio realizado na Unidade de Recém-Nascidos da Maternidade do Hospital D. Estefânia. O inquérito contemplava: a) oito parâmetros respeitantes à apreciação geral do estágio e aos quais se atribuiu pontuação compreendida entre (-5) e (+5); b) outros quatro referentes à aquisição de atitudes e aptidões na sala de partos; c) um respeitante a comentário final.

RESULTADOS - O questionário foi respondido por 25 internos. Na apreciação geral predominou a pontuação (+5) dada por 80% dos internos, tendo sido atribuída pontuação (+4) e a de (+3) respectivamente pior 18% e 2% dos mesmos. Em média cada interno assistiu, em regime tutelado, a 35 partos. Em 95% dos casos os internos referiram que se consideravam aptos para a execução de manobras correntes de reanimação primária; no entanto, 90% dos mesmos tiveram oportunidade de realizar somente uma intubação endotraqueal, o que é atribuído à circunstância de não serem dispensados da prestação do serviço de urgência semanal de Pediatria Geral para se integrarem nas equipas de urgência de Perinatologia durante o respectivo estágio. Nos comentários finais 95% dos estagiários lamentaram esta limitação.

CONCLUSÕES - 1) Na globalidade, os internos consideraram a primeira parte do estágio relevante para a sua formação; 2) - A aquisição de aptidões e atitudes na sala de partos ficou comprometida pelas razões aludidas. Há que contar ainda no entanto, com as oportunidades do estágio de três meses adicionais em cuidados intensivos neonatais; 3) - Tal limitação poderia ser minimizada se, no internato do 2.º ano, os internos realizassem um estágio obrigatório com a cooperação da Anestesiologia e se fosse viabilizada a integração nas equipas de urgência de Perinatologia durante o respectivo estágio.

PRÉ-AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM EM PERINATOLOGIA NO ÂMBITO DO INTERNATO COMPLEMENTAR DE PEDIATRIA

J. Vidreira-Amaral, F. Leal, M. Tavares, L. Pereira-Silva
URN / Serviço 1 Sala 3. Hospital de Dona Estefânia.
IV Congresso Português de Pediatria.
St.ª Maria da L'eira. Abril 1995

RESUMO: OBJECTIVO - Avaliar as necessidades de aprendizagem dos internos do internato complementar de Pediatria Médica quanto a conhecimentos e atitudes em Perinatologia no início do respectivo estágio.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO - Estudo transversal e analítico decorrido entre 1-1-92 e 31-12-94 na Unidade de Recém-Nascidos da Maternidade do Hospital D. Estefânia (Serviço 1) - Lisboa.

MÉTODO - Um questionário auto-administrado e de resposta anónima, composto por 25 questões sobre problemas básicos perinatais, foi entregue a cada interno nos primeiros dois dias do estágio. No âmbito do processo de ensino-aprendizagem, o Chefe de serviço discutiu com cada interno, ulteriormente, as respostas dadas.

RESULTADOS Responderam ao questionário 35 internos. Relativamente a cada questão foram consideradas quatro modalidades de resposta: certa (C), errada (E), incompleta (I) e omissa (O). A questão que originou maior dispersão no tipo de respostas correspondeu à definição do conceito de asfíxia perinatal: C-30%, E-30%, I-30% e O-10%. As questões relacionadas com a definição de icterícia precoce, hipoglicémia, período neonatal tardio, Índice de Apgar e a atitude ao manusear recém-nascidos, corresponderam à incidência de 85% de respostas C. A maior incidência de respostas E (80%) correspondeu à definição de índice de Silverman e à noção do tempo correcto de lavagem das mãos e antebraços. A maior incidência de respostas O-43% e E-26% (O+E = 69%) relacionou-se com os critérios de definição de mortalidade infantil e perinatal e com o conhecimento das respectivas taxas em Portugal.

CONCLUSÃO - Com este tipo de inquérito os internos obtiveram, no início do estágio, uma noção útil e motivante sobre as necessidades de aprendizagem completada por reunião com o orientador responsável na qual se procedeu à discussão das respostas e a comentários sobre aplidões e atitudes relacionadas. Pelo tipo de respostas, pode concluir-se que os internos demonstraram conhecimentos suficientes no início do estágio.

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NA CRIANÇA

V. Martins, A Macedo, M. Nunes, M. Zarcos, S. Kaku, F. Pinto, M. Carmo, L. Duarte, J. Videira-Amaral, M. Lima

Serviço Cardiologia Pediátrica - Hosp. Santa Marta - UCIRN Hospital de Dona Estefânia.

IV Congresso Português de Pediatria.

St.ª Maria da Feira. Abril 1995.

RESUMO: Avaliaram-se 6 crianças (dts) com enfarte agudo do miocárdio (EAM) ocorrido entre Janeiro de 1987 e Dezembro de 1994. O diagnóstico foi definido por critérios do ECG, enzimáticos e anatomó-patológicos. Foram avaliados a clínica, o ECG, a evolução enzimática, a telerradiografia do tórax, o ecocardiograma (eco), a terapêutica e a evolução e os dados de autópsia. A idade média foi de 49 d (1 d a 98 d). Três eram do sexo masculino e em 4 havia cardiopatia congénita: tetralogia de Fallot, origem anómala da coronária esquerda (2 dts) e *truncus arteriosus* com síndrome de DiGeorge. Nos outros dts associou-se a doença de Kawasaki e embolia coronária peri-parto. A clínica mais frequente foi a insuficiência cardíaca. Cardiomegalia e congestão venosa foram os achados radiográficos mais constantes. Comprovou-se em todos os dts ondas Q no ECG com duração superior a 35 ms, sendo entalhadas em 3 e com prolongamento do intervalo QT noutros 3. No eco verificou-se alteração da contratilidade em 4 dts, aumento do ventrículo esquerdo em 3 e regurgitação mitral em 3 dts. A mortalidade atribuída ao EAM foi de 83%, não tendo havido casos de morte súbita. A mortalidade mais precoce ocorreu nos enfartes antero-laterais (5 dts).

Concluiu-se que o EAM na criança teve clínica inespecífica, ocorrendo em cardiopatias com coronárias normais. Excluindo a doença de Kawasaki, ondas Q no ECG com mais de 35 ms de duração constituiu o achado mais sensível e específico. A mortalidade foi elevada, estando relacionada com falência mecânica e não com mecanismos de causa arritmica.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS — Casuística de 10 anos

M. Serelha, M. Neto, M. Tavares, J. Videira-Amaral
Hospital de Dona Estefânia
IV Congresso Português de Pediatria
St.ª Maria da Feira. Abril 1995

RESUMO: INTRODUÇÃO - Os autores apresentam uma retrospectiva do trabalho desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia num período de 10 anos (1984-1993).

POPULAÇÃO - O estudo incide sobre os 2643 recém-nascidos admitidos na UCIN no referido período.

RESULTADOS - Quinze por cento dos recém-nascidos eram de muito baixo peso. O total de RN submetidos a ventilação mecânica foi de 1263, correspondendo a 47,8% dos admitidos. A ventilação foi mais frequente no grupo ponderal < 1000 g (95,2%) e entre 1000 e 1500g (76%).

A incidência de displasia broncopulmonar no RNMP ventilado foi, no referido período, 15,8%. Em 12,2% dos RN foi efectuada grande cirurgia.

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

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

A abertura da unidade de cuidados intensivos neonatais teve enorme repercussão nas taxas de mortalidade das crianças nascidas na 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 nascidos-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.

CONCLUSÃO - A abertura de uma UCIN é um investimento altamente dispendioso, com gastos extraordinários muitas vezes não aceites pelas entidades administrativas, e resultados não mensuráveis a curto prazo. A repercussão sobre a mortalidade e também sobre a qualidade de vida das populações é no entanto inestimável.

ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

L. Duarte, P. Leal

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Hospital de Dona Estefânia

Curso intensivo - Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais, Lisboa, Maio 1995

RESUMO: A encefalopatia hipóxico-isquémica no período neonatal é caracterizada por dados neuropatológicos e clínicos que constituem uma parte importante da neurologia neonatal. Para compreender estes dados é necessário conhecer as alterações bioquímicas e fisiológicas que determinam as manifestações estruturais e funcionais desta encefalopatia. Nos dados clínicos há a referir a grande probabilidade do R.N. com evidência de encefalopatia vir a apresentar sequelas do desenvolvimento neurológico. Desta forma os autores abordam o tema referindo-se à etiopatogenia, ao síndrome clínico, à escolha da modalidade diagnóstica mais apropriada, à formulação de um prognóstico racional e ao desenvolvimento de planos apropriados de tratamento. Dão particular ênfase à informação obtida por uma história clínica cuidadosa e ao exame neurológico pormenorizado. Salientam a importância da prevenção da asfíxia intrauterina, responsável por cerca de 90% das situações de hipóxia-isquémia cerebral, baseada numa correcta monitorização anteparto e na identificação de uma gravidez de alto-risco.

Para finalizar os autores apresentam um estudo retrospectivo das situações de encefalopatia hipóxico-isquémica em R.N.s de termo internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia, num período de 6 anos (1989-1994). Avaliam a gravidade do quadro neurológico apresentado, utilizando a classificação de SARNAT, tentando relacioná-la com o resultado dos exames efectuados e com a presença de sequelas neurológicas.

ABRUPTIO PLACENTA AND CNS DAMAGE IN PRETERM BABIES

F. Leal, B. Nona, L. Duarte, J. Videira-Amaral
NICU - Dona Estefânia Hospital, Lisboa, Portugal
XXI International Congress of Pediatrics
Cairo. Setembro 1995

RESUMO: Aim: In the present study we sought to delineate the CNS damage in preterm babies born to mothers with obstetric history of abruptio placenta.

Patients: Thirty three preterm babies less than 34 weeks of gestational age admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (Dona Estefânia Hospital - Lisboa) during a three years and 7 months period (01/01/1991 to 31/07/1994) were retrospectively investigated for the incidence of cerebral damage as diagnosed by real time ultrasonography.

A similar mean gestational age control group (n=34) during the same period without the above mentioned antecedents was selected.

Diferences in the incidence of cerebral damage between the two groups of infants were subjected to chi square analyses with Yates correction.

Results: The main clinical problems in both groups were hyaline membrane disease, transient tachypnoea of the newborn and immaturity.

Twenty seven per cent and 18% of babies belonging to the study group received respectively surfactant and indomethacine versus 18% and 15% in the control group (ns).

Thirty per cent of the infants of the abruptio placenta group and 21% of the control group and 21% of the control group had respectively evidence of cerebral damage. The lesions identified in both groups were grade III-IV intraperiventricular haemorrhage and periventricular leukomalacia. Isqhemic infarction and cerebellar haemorrhage were found only in the study group.

The mortality was 24% in the abruptio placenta group and 15% in the control group.

Conclusions: This study has confirmed that there was similar incidence of CNS damage both in preterm babies born to mothers with obstetric antecedents of abruptio placenta and in control group babies.

**HIG DOSE INTRAVENOUS IMMUNE GLOBULIN (HD iv. IG):
Its role in the treatment of hyperbilirubinemia caused by iso-immunization**

A. Clington, M. Henriques, A. Costa, J. Videira-Amaral
NICU - Hospital Dona Estefânia - Lisboa - Portugal
XXI International Congress of Pediatrics
Cairo, Setembro 1995.

RESUMO: Background - It was hypothesized that HD IV IG might alter the course of blood group incompatibilities hemolytic disease by blockade of Fc receptors and resultant inhibition of hemolysis.

Aim of the study - To assess the outcome of affected newborns with hemolytic disease given HD iv. IG.

Patients - Twelve newborns with hemolytic disease (Rh and ABO blood group incompatibilities) received conventional treatment including phototherapy with additional HD iv. IG at 500 mg/Kg given for a 2 hours period as early as possible. A control group (n=32) did not receive HD iv. IG.

Results - In the study group the bilirubin levels were found to be lower and 2 (16,6%) infants required exchange transfusion. In the control group 24 (75%) infants required exchange transfusion ($p<0.01$).

Conclusion - Our data show that HD iv. IG therapy can modify the course of the serum bilirubin levels and reduce the need for exchange transfusion in newborns with hemolytic disease.

BACTERIAL MENINGITIS IN THE NEONATE

M. Neto, F. Leal, M. Serelha, J. Videira-Amaral
Neonatal Intensive Care Unit, Dona Estefânia Hospital, Lisboa, Portugal
XXI International Congress of Pediatrics
CAIRO, EGYPT, SEPTEMBER, 1995

RESUMO: A retrospective study was performed to investigate clinical presentation, etiology, therapy and follow-up of neonates with bacterial meningitis admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of Dona Estefânia Hospital in the last 10 years (from January 1st, 1985 to December 31st, 1994). Congenital infections were excluded. There were 28 infants with bacterial meningitis accounting for 1% of all admissions and 22 out of 28 were admitted from outside. Late meningitis (starting of signs after 72 hours of age) occurred in 78.6% of cases. Most of the babies had birth weight > 2499gr and gestational age > 36 weeks.

The main clinical signs were grunting, seizures, fever and gastric intolerance, and the main haematological abnormalities were positive C-PR, left shift in the peripheral white blood cells count and anemia. Only 22 infants had similar pathogens isolated both from spinal fluid culture and blood culture. Spinal fluid cultures were positive in 74.1%. Six out of 22 had positive spinal fluid culture with negative blood culture. *E. Coli* and other Enterobacteriaceae were the most prevalent pathogens. The overall mortality was 32.1%. Among the survivors 13 / 19 were followed-up (68.4%). Seven infants had sequelae: severe in 4 cases and mild in 3 cases.

LISTERIOSE NEONATAL — Estudo Retrospectivo de 10 anos

I. Chaves, L. Duarte, J. Videira-Amaral

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

5.^{as} Jornadas de Infeciologia Pediátrica

Funchal. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores relatam a experiência relativa à Listeriose Neonatal na Unidade de Recém-Nascidos deste Hospital no período de 10 anos.

A casuística engloba 5 casos (3 da Maternidade do Hospital e 2 transferidos do exterior) o que corresponde a uma incidência aproximada de 0,1/1000 nados-vivos.

São estudados os antecedentes perinatais e certas características dos recém-nascidos cujo peso e idade gestacional médios foram respectivamente de 2.540 gramas e 36,4 semanas.

Na totalidade dos casos o quadro clínico teve início nas primeiras 72 horas de vida, com preponderância dos sinais respiratórios, num contexto de sépsis.

Estabelece-se uma correlação entre dados laboratoriais microbiológicos e índices não microbiológicos de suspeita de infecção (índices hematológicos e proteína C reactiva).

A mortalidade nesta série foi de 40% (2/5).

Discute-se por fim a terapêutica e prognóstico deste tipo de infecção, rara no nosso meio hospitalar.

UREAPLASMA UREALYTICUM E PATOLOGIA NEONATAL - Que relação?

F. Laia, C. Santos, L. Duarte, J. Videira-Amaral

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

5.^{as} Jornadas de Infecçiology Pediátrica

Funchal, Novembro 1995.

RESUMO: Objectivos - Avaliar a incidência de colonização e infecção por ureaplasma urealyticum em recém-nascidos (RN) admitidos numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCIN) e a sua correlação com a patologia observada.

Tipo de Estudo - Prospectivo

Material e Métodos - Foram estudados 118 RN de termo e prétermo com idade gestacional média de 33,6 semanas e peso médio 1675g.

Independentemente dos antecedentes perinatais e da patologia de base que determinou o internamento, procedeu-se em todos os RN e na 1.^a semana de vida, a exames microbiológicos para pesquisa de ureaplasma urealyticum, na nasofaringe, urina e sangue. Nos RN submetidos a ventilação mecânica foi também realizado a pesquisa nas secreções do tubo traqueal.

Resultados e Conclusões - Verificou-se nos RN estudados uma percentagem global de resultados positivos de 22,9% (correspondendo a 9,5% dos RN de termo e 90,5% dos prétermos).

Registou-se uma incidência de amnionite em 27,2% dos isolamentos positivos e 11,4% nos casos de isolamento negativo.

A mortalidade (13%) nos isolamentos positivos e 6,2% nos negativos não se relacionou com o isolamento do germe, mas com a patologia de base.

INFECÇÃO CONGÊNITA A CMV

N. Guerreiro, M. Neto, J. Videira-Amaral

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

5.ª Jornadas de Infeciologia Pediátrica. Funchal. Novembro 1995.

RESUMO: INTRODUÇÃO: O Citomegalovirus (CMV) é uma das causas mais frequentes de infecção congénita. Os autores apresentam 3 casos de infecção congénita a CMV com clínica, evolução e terapêutica diversas.

OBJECTIVO: Discutir a problemática da terapêutica específica na infecção congénita a CMV.

1.º CASO - RN de termo, 1.º filho de pais saudáveis. Gravidez sem intercorrências, parto eutócico, choro imediato. Somatometria compatível com a idade gestacional. No primeiro dia de vida inicia dificuldade respiratória, febre, icterícia, hepato-esplenomegália e letargia. Apesar da ausência de parâmetros laboratoriais de infecção é medicado com antibioterapia dupla. A evolução clínica sugere infecção vírica muito provavelmente a CMV e os exames laboratoriais confirmam o diagnóstico pelo que inicia terapêutica com Megalotect (r). No entanto a situação continua a evoluir desfavoravelmente, o fígado e o baço atingem grandes dimensões, desenvolve-se icterícia colestática, hiperesplenismo, pancitopenia e a criança vem a falecer aos 37 dias de vida.

2.º CASO - RN prétermo (36 semanas) 6.º filho de pais jovens e saudáveis. Gestação não vigiada; contacto com varicela no final do 1.º trimestre. Parto pélvico por via vaginal. Líquido amniótico com meconio. Choro imediato. RN com baixo peso (BP), atraso de crescimento intrauterino (ACIU) e microcefalia. Desde o primeiro dia de vida apresentou-se séptico, icterícia verídica e hepatoesplenomegália de dimensões crescentes. Com a evolução da doença surgiu pancitopenia e hepatite. A hipótese muito provável de se tratar de infecção congénita - por vírus da varicela zoster ou CMV - levou a que se pedissem exames laboratoriais que confirmaram infecção congénita a CMV. A criança foi medicada com Megalotect (r). A antigenemia negativou e os valores hematológicos normalizaram. A alta foi possível aos 32 dias de vida. Na altura havia atraso de crescimento extrauterino (ACEU), sinais muito sugestivos de evolução para tetraparésia espástica e surdez neurosensorial profunda à direita. A antigenemia tornara-se novamente positiva com um valor de células contaminadas por campo superior à primeira determinação.

3.º CASO - RN de termo, 1.º filho de pais saudáveis. Gestação sem vigilância médica. Líquido amniótico com meconio, parto eutócico, choro imediato. RN com BP, ACIU e microcefalia. Ao nascer apresentava petéquias disseminadas pela face e tronco e escroto muito volumoso cuja ecografia e transiluminação sugeriam hematocelo gigante. No primeiro dia de vida é observado aumento do exantema petequial, surge icterícia com componente colestático, esplenomegália, coagulação intravascular disseminada e, posteriormente, alteração da função hepática, ascite e pancitopenia. É comprovada laboratorialmente infecção congénita a CMV. É medicado com Megalotect (r) desde o 9.º dia de vida e aos 11 dias inicia terapêutica com ganciclovir que faz durante 21 dias. Tem alta aos 60 dias de vida ainda com função hepática alterada e trombocitopenia. Havia ACEU e do desenvolvimento psico-motor. A pesquisa de antígeno CMV continuava positiva no sangue e urina.

CONCLUSÃO: A gravidade da infecção congénita a CMV induz o clínico a usar todos os recursos disponíveis no sentido de atenuar as graves sequelas desta infecção. Apesar disso a doença segue a sua evolução natural parecendo em nada ser afectada por esse esforço. Na realidade a evolução dos casos apresentados parece não ter sido modificada de modo significativo pela terapêutica instituída, pelo que se levanta a discussão do benefício do uso da gamaglobulina específica e dos agentes antivíricos.

INFECÇÃO NEONATAL POR STREPTOCOCCUS DO GRUPO B

M. Neto, M. Tavares, M. Sreilha, J. Videira-Amaral
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Serviço 1 - Hospital de Dona Estefânia
5.^{as} Jornadas de Infecçologia Pediátrica
Funchal, Novembro 1995.

RESUMO: O Streptococcus do grupo B (Strep B) é uma das principais causas de infecção neonatal em muitas séries.

OBJECTIVO: Estudar a epidemiologia da infecção neonatal a Strep B.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram revistos os processos clínicos de recém-nascidos (RN) com infecção a Strep B, com parto ocorrido na Maternidade Magalhães Coutinho (HDE) ou admitidos na UCIN deste hospital no período compreendido entre 1 de Janeiro de 1987 e 31 de Dezembro de 1994 (8 anos).

A infecção foi classificada do seguinte modo: sepsis confirmada a Strep B - RN com sinais clínicos de sepsis, evidência laboratorial de infecção e hemocultura positiva; sepsis provável a Strep B - crianças com sinais clínicos de sepsis, evidência laboratorial de infecção, hemocultura negativa e isolamento de Strep B em outras culturas (urina, exsudados periféricos, etc.) ou antigenúria positiva para aquele agente; pneumonia a Strep B - RN com dificuldade respiratória, evidência laboratorial de infecção, sinais radiológicos sugestivos de pneumonia e isolamento de Strep B no exame bacteriológico do aspirado traqueal nas primeiras 12 horas de vida; pneumonia provável a Strep B - RN com as mesmas características do grupo anterior mas em que não foi possível isolar o Strep B do aspirado traqueal havendo no entanto antigenúria positiva.

Definiu-se infecção precoce quando o início dos sinais clínicos ocorreu nas primeiras 72 h de vida.

RESULTADOS: Houve 21 RN com infecção a Strep B. Dezanove crianças nasceram na Maternidade Magalhães Coutinho (0.73 por mil nascidos-vivos). A incidência deste tipo de infecção no RN pré-termo (RNPT) nesta maternidade foi de 2.9 por mil NV e no RN de termo de 0.6 por mil NV. Em 23.8% dos casos havia risco infeccioso materno e em 57.1% sinais de sofrimento / asfixia perinatal. A infecção foi precoce em 81% dos casos. Em 33.3% dos casos os RN eram pré-termo, 14.3% leves para a idade e 38.1% baixo peso. Nove RN tiveram sepsis confirmada, seis sepsis provável, três pneumonia confirmada e três pneumonia provável. Pneumonia com ou sem sepsis ocorreu em 15 RN todos com infecção precoce excepto um. Dois RN tiveram meningite ambos com infecção tardia.

Faleceram 6 RN (28.6%), todos com infecção precoce. A idade média do óbito foi de 33.7 horas. A mortalidade foi igual no RNPT e no RN de termo.

CONCLUSÕES: A infecção a Strep B teve pouca expressividade na casuística da maternidade e da UCIN deste hospital. Predominou a infecção precoce que foi responsável pela totalidade dos óbitos. Como noutras casuísticas a pneumonia ocorreu predominantemente na infecção precoce.

Apesar de ter sido um agente pouco frequente deve ser considerado na etiologia de sepsis neonatal.

SÍFILIS CONGÊNITA — Casuística de 5 anos

M. Neto, M. Serelha, M. Tavares, N. Guerreiro, J. Videira-Amaral
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Serviço I - Hospital de Dona Estefânia
II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Centro Cultural de Belém.
Novembro 1995.

RESUMO: Apesar da melhoria dos cuidados prénatais, a sífilis congénita continua a ser uma doença frequente e potencialmente fatal.

OBJECTIVO: Estudar a epidemiologia da infecção congénita pelo *Treponema pallidum*.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram revistos os processos clínicos dos recém-nascidos (RN) de mãe com VDRL reactivo, cujo parto ocorreu na Maternidade Magalhães Coutinho, entre 1 de Janeiro de 1990 e 31 de Dezembro de 1994 (5 anos).

Os parâmetros avaliados durante a gravidez foram os seguintes: vigilância médica, resultado do VDRL, terapêutica e exames de controlo. No RN foram avaliados o resultado do VDRI, e provas treponémicas, sinais de doença clínica, exames analíticos, radiografia dos ossos longos e exame citoquímico e VDRL do líquido cefalorraquidiano (LCR). Com estes resultados tentou-se classificar os RN à data da alta, em doença definida, provável, possível e pouco provável.

RESULTADOS: No período referido houve 190 RN de mãe com VDRL reactivo correspondendo a 11.7 por mil nado-vivos.

Em 56.8% dos casos o VDRL foi reactivo na gravidez mas apenas 71 das 108 mães nestas condições foram medicadas com penicilina. O controlo analítico foi conhecido em 20% das grávidas medicadas.

Em 43.2% dos casos o VDRL foi determinado pela primeira vez na sala de partos, na grande maioria das situações por gravidez não vigiada.

Em 12.6% dos casos o RN era pré-termo, em 17.6% baixo peso e 10% era leve para a idade.

Oito RN foram classificados como tendo sífilis definida (4.2%); 2.1% sífilis provável; 61.0% sífilis possível e 19.5% sífilis pouco provável.

O VDRL foi reactivo no LCR em 4 casos e foram detectadas lesões ósseas em 7.

No grupo de RN com sífilis definida houve três óbitos, um dos quais por sífilis congénita (14.3% dos RN com sífilis definida). Não se verificaram óbitos nos outros grupos.

CONCLUSÃO: A sífilis continua a ser uma infecção frequente no adulto e, apesar da melhoria de cuidados prénatais, a prevalência de infecção no feto e RN continua elevada e preocupante. Os resultados apresentados indicam que seria desejável um maior empenho de obstetras e pediatras no combate à doença. Se, mesmo com um programa altamente eficiente de combate é impossível erradicar a sífilis congénita, não é sem esforços conjugados e empenho individual que se conseguirão bons resultados.

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NO RECÉM-NASCIDO

J. Videira-Amaral, M. Tavares, M. Henriques

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

Reunião de Nefrologia Pediátrica. SPP

Porto. Novembro 1995.

RESUMO: A insuficiência renal aguda (IRA), é uma patologia importante no recém-nascido (RN), particularmente no prétermo assistido em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Várias situações perinatais podem contribuir para a falência renal, nomeadamente, maternas, relacionadas com o parto (asfixia), ou patologia do RN.

As características anatómicas e funcionais do rim em idades gestacionais baixas, levantam vários problemas relativamente à avaliação do que é normal ou patológico. Este facto conjugado com a dificuldade na colheita de amostras de sangue e urina, torna ainda mais difícil a utilização dos critérios diagnósticos habitualmente utilizados.

A etiologia da IRA é muitas vezes multifactorial, sendo importante um diagnóstico e actuação rápidos e correctos, evitando que uma situação funcional evolua para uma lesão renal intrínseca de prognóstico mais reservado.

Uma história clínica exaustiva (incluindo exames pré-natais nomeadamente ecográficos), um exame objectivo tentando avaliar o balanço hídrico, a recolha simultânea de amostras de sangue e urina e uma prova diurética (precedida de expansão da volémia), são passos fundamentais, a que se seguirá uma avaliação morfológica evitando a utilização de produtos de contraste.

Nesta comunicação relata-se a experiência da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Serviço I - do Hospital D. Estefânia - Lisboa.

No período de 2 anos (1993-1994) a incidência de IRA foi de 5,4% (28/520) correspondendo 12 casos (42,8%) a RN prétermo.

Nesta série a idade gestacional média foi de 36,6 semanas (26-42) e o peso médio 2,560 g (620-4160).

Houve predominio de causas prérenais (sépsis, status pós-operatório e asfixia perinatal). Não se registaram anomalias do foro nefro-urológico como causa de IRA.

ENTEROCOLITE NECROSANTE — Experiência da UCIN do Hospital de Dona Estefânia

M. Serelha, M. Neto, R. Barroso, C. Borges, P. Casella
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Hospital de Dona Estefânia
XIV Jornadas de Neonatologia.
Porto, Novembro 1995

RESUMO: OBJECTIVO: Estudar a epidemiologia da enterocolite necrosante (ECN) na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de Dona Estefânia.

MATERIAL E MÉTODOS: Foram revistos os processos clínicos dos recém-nascidos (RN) com ECN admitidos na UCIN do Hospital de Dona Estefânia no período compreendido entre 1 de janeiro de 1990 e 31 de Dezembro de 1994 (5 anos).

Foi feita comparação entre alguns dos resultados obtidos neste estudo e os obtidos em estudo anterior - 1985 / 1989.

Na classificação da enterocolite foram utilizados os critérios de Bell modificados (1986).

RESULTADOS: Durante este período houve 34 RN com ECN, correspondendo a 2.5% do total de internamentos na Unidade.

Seis RN foram transferidos de outras Unidades para intervenção cirúrgica, por ECN já diagnosticada.

Vinte e quatro crianças, 11 das quais eram RN de muito baixo peso, nasceram na Maternidade do Hospital (incidência de ECN - 1.5 por mil nados vivos; incidência no RN de muito baixo peso - 6.5%).

Vinte e um RN eram prétermo (RNPT) e 13 de termo. A idade média do início dos sintomas no RN de termo foi de 57 horas e no RNPT de 15 dias ($p = 0.000$).

Dezassete RN foram classificados no grau I, quatro no grau II e treze no grau III (8 IIIA e 5 IIIB) - dos quais 12 foram operados. Dos RN operados 58,3% tinham ECN grau IIIA.

A mortalidade por ECN referida à data da alta foi de 14.7%. Houve apenas um RN, de termo, não operado que faleceu.

Um RN do grau IIA foi submetido a intervenção cirúrgica após a alta, por estenose pós ECN.

NOCÕES BÁSICAS SOBRE A ELABORAÇÃO DE UM ARTIGO CIENTÍFICO NA ÁREA BIOMÉDICA

J. Videira-Amaral

Serviço 1 - Hospital D. Estefânia - Lisboa

II Reunião do Anuário do Hospital de Dona Estefânia. Março 1995.

Suplemento do Anuário do Hospital de Dona Estefânia. Dezembro 1995

RESUMO: A elaboração de um artigo científico na área biomédica está sujeita a um certo número de convenções internacionais.

Na sua forma clássica, um artigo integra os seguintes componentes essenciais: Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Bibliografia e Resumo.

No âmbito do processo editorial os autores submetem o artigo à apreciação dos editores e redactores-avaliadores verificando se o material é original, se os dados são válidos, se as conclusões são justificadas pelos dados, se a informação é importante e igualmente a clareza do estilo linguístico.

Por fim são abordados aspectos éticos relacionados com o tema implicando quer os autores, quer os editores e redactores.

REPERCUSSÃO DAS COLHEITAS DE SANGUE SOBRE OS VALORES DE HEMOGLOBINA EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO (RNMBP) SUBMETIDOS A TERAPIA INTENSIVA

J. Videira-Amaral, A. Clington, A. Costa, F. Leal, J. Marçal

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Serviço 1 - Sala 3 - Hospital de Dona Estefânia, Lisboa
Acta Pediátrica Portuguesa. N.º 4. Vol 26. 1995

Palavras-chave: Colheitas de sangue; Iatrogenia; Recém-nascido de muito baixo peso.

RESUMO : A perda iatrogénica de sangue constitui um problema comum nas unidades de cuidados intensivos neonatais. O objectivo deste trabalho foi quantificar as expoliações de sangue para estudos analíticos em 22 RNMBP durante as primeiras três semanas de hospitalização. O número médio de colheitas por criança e por dia foi 1.4 e o número médio de colheitas por criança no período estudado foi 29.7. O valor cumulativo médio de sangue expoliado pelo 21 dia foi 18.7 ml/kg. Os valores médios de hemoglobina nas primeiras 12 horas de vida e no 21.º dia foram respectivamente 16.4 e 12.9 gr/dl. Verificou-se uma relação estreita entre o volume de sangue extraído e o volume de sangue transfundido, sugerindo este facto que, em geral, as transfusões são efectuadas por necessidade de compensar as perdas sanguíneas relacionadas com as colheitas de sangue.

Conclui-se que as expoliações repetidas de sangue para análises laboratoriais se repercutem significativamente nos valores de hemoglobina dos recém-nascidos pré-termo e de MBP sendo portanto desejável que tais expoliações sejam rigorosamente quantificadas e reduzidas ao mínimo tendo em conta os riscos das transfusões de sangue.

INFECTION EPIDEMIOLOGY OF VERY LOW BIRTH WEIGHT NEWBORN INFANTS

M. Neto, J. Videira-Amaral

Neonatal Intensive Care Unit, Dona Estefânia Hospital - Lisboa, Portugal

Biology of the Neonate, 1995

RESUMO: BACKGROUND - Very low Birth Weight (VLBW - Birth weight <1500gr) is the most important risk of infection in the newborn.

AIM OF THE STUDY - A retrospective study was performed to assess prevalence, etiology and mortality from infection in all VLBW infants admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of Dona Estefânia Hospital in the last 8 years (from January, 1st 1986 to December, 31st 1993).

PATIENTS - During that period 318 VLBW infants were admitted at the NICU accounting for 14.4% of all admissions. Only 1.9% had gestational age > 36 weeks and about 30% had IUGR. Twenty seven per cent had birth weight < 1000 gr (86/318).

RESULTS AND CONCLUSIONS The prevalence of infection was about 50% with significant statistical difference with other birth weight groups ($p < 0.005$). Only 1.3% were found to have congenital infection: 3 with syphilis and one with tuberculosis. Infants born to HIV positive mothers were not found. A total of 69 newborns (21.7%) had one or more episodes of sepsis mainly late sepsis (11.9%).

There were 13.5% of infants with pneumoniae and only one with meningitis. Identification of pathogen occurred in 56.5% of sepsis episodes. The main pathogens for early sepsis were related to Enterobacteriaceae family. In late sepsis Staphylococcus epidermidis prevailed (88.9% of late sepsis). Only 3 out of 7 episodes of streptococcus infection were owing to Streptococcus agalactiae. About 29% (18 / 23) of newborn screened for Ureaplasma urealyticum were positive (year 1993). Candida was studied only in the last two years (VLBW infants = 79) and was responsible for 3 late sepsis episodes. The overall mortality rate for VLBW infants during the above mentioned period was 33.3%. Infection was the main cause of death. As a matter of fact twenty eight out of 106 infants (26.4%) died of infection disease, mainly the early one (60.7%).

CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA — Predictors of poor outcome

M. Serelha, M. Tavaras, M. Neto, B. Soares, J. Videira-Amaral
Neonatal Intensive Care Unit, Dona Estefânia Hospital - Lisboa, Portugal
Biology of the Neonate, 1995

RESUMO: BACKGROUND - Despite advances in infant transport and intensive care, congenital diaphragmatic hernia (CDH) still poses a serious threat to life during the neonatal period.

AIM OF THE STUDY - A retrospective study was performed in order to achieve predictors of poor outcome in newborns with CDH.

PATIENTS - The medical records of 53 consecutive infants with CDH (Bochdaleck hernia) admitted to Dona Estefânia Hospital's NICU in the last 10 years (from January 1st, 1984 to December 31st, 1993) were reviewed.

RESULTS - Four out of the 53 infants were not operated on because they didn't achieve respiratory stabilization. Twenty one out of 49 (42.9%) submitted to surgical repair, died. The main predictive factors of death were very early clinical manifestations, neonatal asphyxia, preoperative X-Ray score > 6 (Touloukian score), Oxigenation Score > 40, Ventilatory Score > 1000 and PaO₂ < 60 mmHg. Twenty four out of 29 (82.8%) infants with very early respiratory distress (beginning of RDS at delivery room) died; so did 24 out of 31 (77.4%) with perinatal asphyxia, and 81.5% of infants with X-ray score < 6. All infants with Ventilatory Score > 1000 died; so did infants with Oxigenation Score > 40.

CONCLUSION - Successful outcome requires expeditious preoperative assessment and preparation, well timed surgical repair and postoperative intensive care.

ICTERÍCIA NEONATAL E FOTOTERAPIA — Novas Perspectivas

F. Pinto, A. Clington, D. Borges, J. Videira-Amaral

Clínica Pediátrica Universitária - Serviço 1 - Unidade de Recém-Nascidos - Hospital Dona Estefânia
Faculdade de Ciências Médicas - UNI.

RESUMO: O objectivo deste trabalho foi rever de modo sucinto alguns aspectos do metabolismo da bilirrubina no período neonatal com implicações práticas na actuação em caso de hiperbilirrubinémia. O risco de lesão cerebral por hiperbilirrubinémia levou ao desenvolvimento de diversos métodos terapêuticos ao longo dos anos visando diminuir a concentração do pigmento do soro. A exsanguíneo-transfusão tem como finalidade a remoção do excesso de bilirrubina estando particularmente indicada em casos de hiperbilirrubinémia de causa hemolítica.

A fototerapia constitui outro método sendo, hoje em dia, considerado o de escolha, uma vez que não é invasivo e as suas complicações irrelevantes.

Com a experiência a longo-prazo foi possível demonstrar a sua eficácia e a sua segurança. Empregando a chamada «fototerapia de elevada intensidade» no seu ponto de saturação será possível tratar com êxito, inclusivamente, casos de hiperbilirrubinémia relacionável com doença hemolítica.

No âmbito do protocolo apresentado, aplicável ao RN de peso superior a 2500 gramas sem doença hemolítica, chama-se a atenção para a necessidade de monitorização rigorosa do bem-estar da criança assim como dos valores de bilirrubinémia.

AVALIAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL DO RECIÉM-NASCIDO
PELA ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR
(Estudo comparativo com os métodos de Ballard e de Malina)

A. Clington, L. Duarte, A. Costa, J. Videira-Amaral
Serviço 1 (UCIN) - Hospital Dona Estefânia - Lisboa
Acta Pediátrica Portuguesa. 1995

Palavras-chave: Baixo peso de nascimento, idade gestacional, maturidade cerebral, ecografia transfontanelar

RESUMO: A ecografia transfontanelar, permitindo identificar as modificações da superfície do cérebro relacionáveis com a idade gestacional, constitui um método não invasivo de determinação desta, necessitando de manuseamento mínimo o que representa uma vantagem relativamente a outros métodos, nomeadamente no caso de o RN estar submetido a terapia intensiva.

O objectivo deste trabalho foi avaliar o grau de precisão da ecografia transfontanelar para a avaliação da idade gestacional em comparação com outros métodos clássicos como os de Ballard e de Malina. O cálculo da idade gestacional em semanas, foi feito com base na contagem a partir do primeiro dia da última menstruação.

O estudo incidiu sobre 60 RN admitidos para a nossa UCIN tendo, para o efeito, a ecografia transfontanelar sido executada durante os primeiros três dias de vida. Para a determinação da idade gestacional foram aplicados os diagramas de correlação anátomo-ecográfica de acordo com os critérios de Murphy, Rennie e Cooke.

Obteve-se uma melhor correlação entre a idade cronológica e a idade gestacional calculada pelo método ecográfico transfontanelar ($r=0,834$) relativamente à calculada por outros métodos, respectivamente de Ballard ($r=0,775$) e de Malina ($r=0,713$).

Em suma, de acordo com a nossa experiência no âmbito da avaliação da idade gestacional em RN submetidos a terapia intensiva, a ecografia revelou-se um método mais preciso relativamente aos métodos de Ballard e de Malina.

**A MEDIÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS NUMA MATERNIDADE PORTUGUESA.—
—Sugestão de um modelo de Neonatómetro.**

L. Pereira-Silva, J. Marçal, J. Vidreira-Amaral

Unidade de Recém-Nascidos. Maternidade do Hospital de D. Estefânia, Lisboa.

Acta Pediátrica Portuguesa. 1995

Palavras-chave: Antropometria; Comprimento; Estatura; Neonatómetro; Recém-nascido; Somatometria.

RESUMO: Com o propósito de dar um contributo para uma avaliação mais exacta do comprimento dos recém-nascidos da Maternidade do Hospital de Dona Estefânia, procedeu-se à comparação entre o método habitualmente realizado neste local e outro que foi considerado mais correcto pelos autores.

Neste último participaram sempre dois observadores e foi testado um modelo de neonatómetro construído com materiais considerados acessíveis.

As diferenças entre os dois métodos, na medição de 76 recém nascidos, traduziram-se por um valor médio de 0,53 cm ($p < 0,001$), tendo sido superiores os valores registados com a metodologia proposta.

Com base nos resultados obtidos, salienta-se a necessidade da colaboração sistemática de dois observadores para a avaliação do comprimento do recém-nascido e a vantagem da utilização do neonatómetro em relação à tradicional craveira.

ANESTESIA E INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA INGUINAL NO RECÉM-NASCIDO PRE-TERMO E SUAS COMPLICAÇÕES. Casuística de 185 casos

G. Nogueira, H. Neves, L. Duarte, J. Videira Amaral
Serviço 1, Sala 3 - Hospital de Dona Estefânia
1.ª Reunião Temática de Cirurgia Pediátrica. Cirurgia Neonatal.

RESUMO: INTRODUÇÃO A incidência de hérnia inguinal nos recém-nascidos (RN) pré-termo é significativa. O «timing» e a técnica anestésica adequados à sua correção continuam assunto de controvérsia.

OBJECTIVOS: A propósito de um caso de evolução fatal aparentemente por complicação anestésica, os autores (AA) decidem fazer a revisão da casuística de hérnias inguinais no pré-termo numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

MATERIAL E MÉTODOS: RN pré-termo com o diagnóstico de hérnia inguinal admitidos na UCIN do Hospital de Dona Estefânia no período compreendido entre Janeiro de 1986 e Julho de 1995.

RESULTADOS: Durante o período estudado foram diagnosticados 19 casos de hérnia inguinal (o que corresponde a 1,5% do total de pré-termos admitidos). Catorze (73%) eram do sexo masculino; cinco (26,3%) de raça negra; com idade gestacional média de 30,4 semanas (máx. 36 e min. 26 sem.); peso ao nascer médio de 1488,6 g (máx. 2400 e min. 857 g). A idade pós-natal média aquando do diagnóstico foi de 43,1 dias, e aquando da intervenção cirúrgica foi de 51,3 dias a qual foi realizada durante a permanência na UCIN. 36% apresentavam hérnia inguinal bilateral e, dos restantes, 80% foram à direita. Três apresentaram simultaneamente hérnia umbilical. Apenas num caso a cirurgia não foi electiva. 73% dos RN estiveram submetidos a ventilação mecânica previamente à detecção da hérnia. A anestesia geral (via inalatória) foi a técnica anestésica realizada em todos os pré-termos à excepção de 1, no qual foi caudal. No 1.º grupo 44,4% apresentaram complicações aparentemente atribuíveis à anestesia (1 paragem respiratória e bradicardia; 2 convulsões; 1 paragem cardio-respiratória com encefalopatia hipóxico-isquémica grave e lesão do tronco cerebral, que faleceu); no caso de anestesia caudal observou-se depressão significativa do SNC.

COMENTÁRIOS: No grupo estudado observou-se um franco predomínio do sexo masculino, tendo a maioria sido submetida a ventilação mecânica prévia ao diagnóstico. A hérnia inguinal unilateral foi mais frequente à direita. A correção cirúrgica foi feita em média 1 semana após o diagnóstico. A técnica anestésica preferida foi a anestesia geral (inalatória) tendo-se observado uma taxa elevada de complicações (um dos casos faleceu). Os AA admitem a necessidade de repensar as técnicas anestésicas indicadas neste grupo etário, nomeadamente em relação à opção pela anestesia regional. Pensamos que as complicações observadas no único caso de anestesia caudal se poderão dever à menor experiência da técnica neste grupo de RN.

**MOVIMENTO ASSISTENCIAL —
— HEMATOLOGIA: SERVIÇO 1 SALA 4 - 1994**

F. Candeias, A. Casimiro, M. Zarcos, J. Tribuna

Serviço 1 - Unidade de Hematologia

V Reunião da Associação dos Pediatras do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa, Junho 1995

Palavras-chaves: Doentes hematológicos; Custo internamento

RESUMO: As doenças hematológicas e particularmente as formas crónicas são doenças multissistémicas, que motivam um grande número de internamentos na Sala 4 (2.ª infância).

O objectivo da apresentação deste trabalho é a apreciação do consumo clínico e farmacológico com o doente hematológico, para avaliação dos custos resultantes para o Hospital.

Analizaram-se retrospectivamente os boletins clínicos de admissão e estada dos doentes hematológicos internados no ano de 1994 na Sala 4 do Serviço 1.

Do total dos 960 internamentos ocorridos nesta sala, 338 (35%) foram de doentes hematológicos o que correspondeu a 85 doentes.

Dos 5209 dias de internamento registados no ano de 1994 constatou-se que 1621 dias (31%) foram de internamentos hematológicos os quais tiveram uma demora média de 4,8 dias.

Não se verificou grandes variações quanto à distribuição por sexo ou por grupos etários neste grupo de 85 doentes.

As doenças hemolíticas contribuíram para 56% dos internamentos seguida das perturbações da coagulação com 36% e das doenças medulares com 6%.

Realizaram-se um total de 2076 análises clínicas com um predomínio de exames de bioquímica (43%) e hematológicos (32%).

Também foi significativo o número de exames imagiológicos requisitados com um total de 83 exames onde predominaram a radiografia ao torax e as ecotomografias.

De relevo é ainda o apoio multidisciplinar dispendido a estes doentes, tendo havido necessidade de recorrer a 48 consultas de especialidade dentro do hospital e a 22 exterior ao mesmo.

O custo total destes doentes foi de 54 258 166\$00, tendo os produtos farmacêuticos contribuído em 95% destes gastos. Dentro destes destaca-se os encargos dispendidos em imunoglobulina que corresponderam a 62% do custo farmacêutico total, secundado pelos gastos em factor VIII e «neupogen». O consumo clínico foi mais modesto contribuindo com 4% do custo total dispendido, assim como os sub-contratos com 1%.

PROBLEMATICA DA DOENÇA HEMATOLOGICA CRONICA

F. Candeias, A. Casimiro, M. Zarcos, J. Tribuna
Serviço 1 Sala 4 - Hematologia - Hospital de Dona Estefânia
Reunião Clínica do Serviço 1 - Dezembro 1995

RESUMO: As doenças hematológicas crónicas são doenças com elevada morbidade, que obrigam a consultas e internamentos frequentes, daí resultando um encargo importante para o doente e sua família.

Os aa. elaboram um inquérito a 22 famílias de doentes hematológicos crónicos, com um tempo de doença igual ou superior a 2 anos. Vão analisar os seguintes parâmetros: tipo de doença hematológica, sexo, raça, residência, tempo de doença, contexto social familiar (n.º de elementos do agregado, habitação, rendimento familiar, problemas laborais resultantes da doença, outros doentes crónicos na família), benefício de abono complementar, gastos com deslocações ao hospital e com medicamentos, de que forma a doença crónica se reflecte no aproveitamento escolar e qual a aceitação da doença por parte do doente e da família.

Concluem que a Anémia de Células Falciformes é a patologia dominante, raça negra em % idêntica à da raça branca, tempo de doença médio 8,5 anos, maioria residente em Lisboa e arredores, agregados familiares numerosos (média 4,3 elementos), 4 situações de habitação precária, desemprego em 6 casos e 12 com problemas laborais, cerca de metade não recebiam abono complementar, rendimento escolar pouco afectado, melhor aceitação da doença por parte da criança do que pela família.

Salientam a importância da relação do médico com o doente crónico e sua família, para que estes sintam que o que está a ser feito é do seu interesse, tornando-os participativos e diminuindo a dependência provocada pela doença.

É através de inquirições sistemáticas e de um apoio multidisciplinar efectivo, que se alcança para estes doentes uma melhoria dos cuidados assistenciais.

**ANEMIA FERROPENICA ARRASTADA: Caso clínico de hemossiderose pulmonar idiopática
CASUÍSTICA DA CONSULTA DE HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL D. ESTEFÂNIA
— A propósito desta doença, do período de 1976 a 1994.**

S. Lamy, L. Braga, J. Oliveira-Santos, M. Gomes-Costa

Serviço 1 do Hospital de Dona Estefânia; Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia

IV Congresso Português de Pediatria. Santa Maria da Feira. Abril 1995. Acta Pediátrica Portuguesa. 1995

Palavras chave: Anemia ferropénica; Corticoterapia; Criança; Hemossiderose pulmonar

RESUMO: Apresenta-se um caso de anemia ferropénica de etiologia a esclarecer numa criança de 3 anos de idade, de raça branca, sem antecedentes familiares de doença crónica do foro hematológico ou gastro-intestinal. A evolução manifestou-se de forma arrastada, sem resposta à terapêutica marcial.

Discutem-se as hipóteses de diagnóstico mais frequentes, tendo-se confirmado o diagnóstico de hemossiderose pulmonar idiopática 5 meses após o início da sintomatologia.

Dada a raridade desta patologia, foi feita uma apreciação comparativa da casuística de outros autores com a da Consulta de Hematologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia, no período de 1976 a 1994. Nesta, foram caracterizados o sexo e a raça dos doentes, a idade de aparecimento da sintomatologia inicial, o período que decorreu entre esta e a confirmação do diagnóstico e os aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos respeitantes ao diagnóstico, terapêutica e evolução clínica.

A propósito desta entidade nosológica, é feita uma revisão bibliográfica. Confirma-se que a hemossiderose pulmonar é uma doença rara, que inicialmente se apresenta com um quadro de anemia ferropénica arrastada com ou sem sintomatologia respiratória. O diagnóstico faz-se pelo achado de hemossideróforos no lavado gástrico ou bronco-alveolar. A etiopatogenia mantém-se desconhecida e a corticoterapia continua a ser a terapêutica mais eficaz no controlo da hemorragia pulmonar. A doença tem uma evolução inconstante, persistente ou intermitente, com um prognóstico variável, geralmente grave.

GENERALIDADE E ANOMALIAS CARDÍACAS FETAIS

M. Torre, A. Monteiro, A. Macedo, M. Ferreira, M. Lima

Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta

XIV Reunião sobre Temas Pediátricos do Hospital Distrital de Abrantes. Janeiro 1995.

Palavras-chave: Ecocardiogramas fetais; Factores de risco maternos; Factores de risco fetais.

RESUMO: Nas gravidezes gemelares monozigóticas, está descrita uma maior incidência de malformações congénitas. Partindo deste pressuposto, os autores efectuaram um estudo retrospectivo, baseado nos relatórios clínicos e ecocardiogramas fetais, realizados no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta, de Janeiro de 1991 a Dezembro de 1994.

Foram submetidos a ecocardiograma 1600 fetos, dos quais 69 (4%) eram gémeos (1 gravidez trigemelar).

Avaliaram os seguintes parâmetros: Local de referência, semanas de gestação, idade materna, factores de risco para cardiopatia congénita e diagnóstico.

Dos resultados referem:

- As grávidas foram enviadas em diferentes semanas de gestação: 59,5% entre as 18 e as 24 semanas.

- A idade materna variou entre os 15 e os 41 anos, com uma média de 27,6 anos. Seis 17,7% tinham idade superior a 35 anos.

- Seis grávidas (17,7%) tinham história familiar de cardiopatia congénita.

- Dos factores de risco materno, 6 tinham idade materna avançada (superior a 35 anos) e 4 doenças que indirectamente podem afectar o sistema cardiovascular fetal.

- Dos factores fetais, em 5 havia polihidrâmnios e em 2 atraso de crescimento intrauterino.

- Em relação à zigotia, 20 fetos (29%) eram monozigóticos, correspondendo a 10 gravidezes monocoriónicas; nos restantes não foi possível avaliar este parâmetro.

Foram diagnosticadas anomalias cardiovasculares em 5 (7,2%) fetos.

Por os factores de risco encontrados não diferirem dos da população de feto único e sabendo que no período em estudo, o diagnóstico pré-natal de malformações cardíacas foi de 4% nos 1600 fetos avaliados, e que no grupo dos gémeos foi de 7,2%, leva-nos a considerar que a gemelaridade justifica por si só a realização de ecocardiograma fetal.

O HOSPITAL E O ADOLESCENTE — Uma visão num hospital pediátrico

M. Torre, M. Neves, A. Dias, T. Cepêda, A. Estrada

Serviço 1 e Departamento de Pedopsiquiatria - Hospital de Dona Estefânia

IV Congresso Português de Pediatria - Santa Maria da Feira. Abril 1995.

Palavras-Chave: Adolescente; Ambulatório; Internamento.

RESUMO: Com o objectivo de conhecer as opiniões e expectativas dos adolescentes acerca das condições de atendimento hospitalar, os autores aplicaram um auto-questionário, de resposta facultativa e anónima, aos utentes desse grupo etário em Março de 1995.

Obliveram-se 207 respostas no ambulatório e 33 no internamento; apenas 17% frequentavam a consulta pela primeira vez e, 26% utilizavam-na há mais de 5 anos; 64% dos inquiridos já tinham internamentos anteriores, dos quais 78% neste hospital.

Em caso de necessidade de internamento 59% preferia o hospital pediátrico e, 56.5% gostaria de uma consulta específica para o seu grupo etário.

Quanto às condições de internamento 88.8% desejava ter apenas jovens da sua idade na enfermaria e sublinham a importância da sua privacidade.

Concluem pela necessidade de melhorar as condições de atendimento e internamento e promover a discussão sobre o funcionamento de unidades hospitalares para adolescentes.

H.D.E. E MORTALIDADE — Casuística de seis anos (1989 - 1994)

M. Coelho., J. Estrada., M. Vale, L. Gama

V Reunião dos Pediatras do Hospital de Dona Estefânia. Junho 1995.

Sala de Conferências do H. D. Estefânia.

RESUMO: Na sequência da análise anterior, por nós efectuada, sobre a mortalidade do Hospital de Dona Estefânia no período de 1989-1992 e dada a necessidade de informação actualizada acerca desta importante vertente do funcionamento hospitalar, estendemos esse estudo à mortalidade do biénio seguinte (1989-1994) tendo como objectivos: a disponibilização de um indicador indirecto da qualidade de funcionamento do H.D.E. nos últimos seis anos e a relação da patologia admitida com os índices de mortalidade esperados e verificados. O estudo retrospectivo teve como material as Papeletas de internamento (HCL-mod. 173) disponíveis (68%), obtendo-se dados administrativos, demográficos e nosológicos e agrupando-se as patologias associadas ao óbito de acordo com a Classificação Internacional de Doenças reduzida para 12 itens. Exclui-se a mortalidade da Unidade de Neonatologia (estatística própria).

RESULTADOS: Ao longo do período em estudo houve uma progressiva redução do número de internamentos (11430;10917;10753;10290;10170;9918; média $10579 \pm 227/\text{ano}$) tendo, o número de óbitos (total: 271; média $45.1 \pm 12.5/\text{ano}$) apresentado uma tendência para aumentar e a sua evolução ser caracterizada pelo facto de a seguir a um ano de maior mortalidade, o ano seguinte apresentar uma mortalidade cerca de 2/3 do antecedente (43;31;60;40;61;36); o mesmo se verificou para as taxas de mortalidade por mil internamentos (3.7;2.8;5.5;3.8;5.9;3.6; média $4.2 \pm 1.2/\text{ano}$) e esta variação segue paralelamente à taxa de morte associada às doenças infecciosas. Idade: 55% dos óbitos ocorreram em crianças com menos de 12 meses (incluídos 25 R.N. não internados na UCIN-S1 S3) e 28% em idade pré-escolar. Predomínio do sexo masculino (114/71). Área de residência: Lisboa 29%; conselhos limítrofes 41%. De outros 19 hospitais foram transferidas 45 crianças (24.5%), 67% delas com menos de 12 meses, tendo 18% falecido nas primeiras horas e 36% após internamentos superiores a 30 dias. As principais patologias associadas ao óbito foram: infecciosa (24.3%), respiratória (18.9%), malformativa (15.6%), endocrinológica/ /metabólica/nutricional (9.7%), causas externas (5.9%). No 1.º ano de vida, 60% dos óbitos estavam associados a patologia respiratória (22), malformativa (21, com 9 R.N.) ou infecciosa (19), salientando ainda 5 casos por causas externas (4 queimaduras). Após o 1.º ano, verifica-se uma redução progressiva de óbitos por causas malformativas e respiratórias, estabilização das causas infecciosas e aumento da patologia crónica do S. Nervoso e metabólica. Em 73% dos casos, uma doença crónica anterior contribuiu ou levou ao êxito (100% em 1994). Mês de internamento: em termos médios, após 2 meses de maior mortalidade surge um terceiro com mortalidade mais reduzida e que estes casos correspondem aos meses de solstício e equinócio. Os óbitos ocorreram principalmente às 2.as feiras diminuindo progressivamente ao longo da semana, tendo a maioria sido verificada entre as 0 e as 18 horas. Foram pedidas 56 autópsias (30%), 13 das quais foram judiciais (todos os acidentes).

CONCLUSÕES: O progressivo aumento da concentração de patologia crónica grave, apesar de redução da taxa de mortalidade nas situações agudas, motivou o aumento da taxa geral de mortalidade do hospital; a grande proporção de óbitos em crianças provenientes de fora de Lisboa, em muitos casos de outros centros, reflecte o esforço que a vários níveis é exigido ao hospital como unidade de referência para toda a zona sul do país; a variação cíclica apresentada por alguns dos parâmetros estudados deverá merecer a atenção dos nossos epidemiologistas e infecciológicos.



G. Seves, P. Seco, M. Pinto, G. Barroco
Serviço 2 - Sala 1 - Hospital Dona Estefânia.
Reunião do Serviço 2. Abril 1995

RESUMO: Fez-se a análise retrospectiva dos doentes internados no Serviço 2 Sala 1 com o diagnóstico de alergia às proteínas do leite de vaca, no período compreendido entre 1991 e 1994. Dos 15 casos estudados foram excluídos 6, que embora com sintomas sugestivos não preenchiam os critérios mínimos.

Nas 9 crianças estudadas a idade média foi de 30 dias. Foi detectada história familiar de atopia em 55% dos casos. O aleitamento materno exclusivo foi mantido durante um período superior a 15 dias em 7, mas todos os doentes tinham iniciado leite adaptado ao mês de idade. Relativamente às manifestações clínicas, o exantema surgiu em 66% dos casos, seguindo-se o edema, vómitos, diarreia e a recusa alimentar em 44%. Laboratorialmente, 4 crianças apresentaram eosinofilia, todos tiveram doseamentos de imunoglobulina E elevada e o RAST foi conclusivo em 6 casos.

Na reavaliação efectuada após um período de 4 meses a 4 anos, constatou-se que 3 de 7 crianças se tornaram tolerantes às proteínas do leite de vaca até aos 18 meses, 2 crianças com idade inferior a 6 meses e 2 com mais de 12 meses mantinham exclusão de proteínas de leite de vaca.

Por fim concluiu-se da necessidade de uma abordagem clínica e laboratorial criteriosa e de um seguimento a médio e longo prazo adequado.

TROMBOCITOPÉNIA NEONATAL

E. Ribeiro, A. Bettencourt, J. Ferra-Sousa

Sala 1 do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia.

Reunião do Serviço 2. Junho 1995.

Palavras-chave: Trombocitopénia neonatal; Síndrome de Noonan.

RESUMO: Os autores apresentam o caso clínico, de um recém-nascido na Maternidade Alfredo da Costa (MAC), sexo feminino, filho de pais não consaguíneos, saudáveis, fruto de uma II gesta, II para, vigiada, sem intercorrências, transferido 19 horas após o nascimento para a UCI da MAC, por Síndrome de Dificuldade Respiratória.

Ao exame objectivo apresentava dismorfia facial, traduzida por: hipertelorismo, fendas palpebrais anti-mongólicas, micrognatismo, pavilhão auricular dto. baixamente implantado e macroglossia; pescoço curto de base alargada, torax largo, mamilos afastados, prega palmar única, púrpura generalizada e estridor inspiratório.

Os exames complementares viriam a revelar: plaquetas < 10.000, serologias virais negativas, estudo da coagulação normal, anticorpos antiplaquetários normais, cariotipo 46xx e aspectos sugestivos de cardiomiopatia hipertrófica sem compromisso hemodinâmico. Biópsia medular com ausência de megacariócitos.

Estudo analítico da mãe sem alterações.

Fez nesta altura terapêutica com concentrados plaquetários e imunoglobulinas.

Ao mês de vida é transferido para o HDE - Serviço 2. Nesta altura repete biópsia medular com megacariócitos em número normal e apresenta boa evolução plaquetária com normalização ao 3.º mês de internamento.

Diagnóstico - Síndrome de Noonan associado a Púrpura trombocitopénica.

Concluiu-se a apresentação com uma revisão teórica das diversas causas de trombocitopénia, associação com o S. de Noonan e sua revisão bibliográfica.

DIABETES INSIPIDUS COMO CAUSA DE FEBRE

S. Scquira, M. Lage, M. Esteves
Serviço 2 Sala 1 - Hospital de Dona Estefânia
Reunião do Serviço 2
Palavras-chave: Febre; Diabetes insípida.

RESUMO: A Diabetes Insípida é uma das causas pouco habituais de febre de etiologia indeterminada.

Descrevemos o caso de um lactente de nove meses de idade internado com febre, má progressão ponderal e atraso no desenvolvimento motor. Os exames realizados procuram, em vão, de forma exaustiva, excluir as principais causas daquelas situações. O seguimento em consulta permite, meses depois, constatar o aparecimento de poliúria e polidipsia; a prova com desmopressina faz o diagnóstico de Diabetes Insípida Central que é confirmada ainda com a resposta à terapêutica.

AS APARÊNCIAS ÀS VEZES ILUDEM

I. Leal, I. Castro, A. Curvelo, J. Carapau

Serviço 2 Sala 2 e Unidade e de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia

Reunião clínica do Serviço 2. Fevereiro 1995.

RESUMO: É apresentado o caso clínico de uma adolescente de 14 anos, raça branca, com história arrastada de artralguas com início 3 anos antes (muitas vezes com sinais de artrite), astenia, anorexia, e emagrecimento.

Antecedente de internamento por derrame pleural à esquerda dois anos antes, de etiologia não esclarecida.

Internada 2 anos depois com febre, dor epigástrica e rash eritematoso malar bilateral.

Apresentava LE test +; título de Anticorpos antinucleares + de padrão homogêneo, e de Anti-DNA nativo + e alto. O sedimento urinário revelava > 50% eritrócitos dismórficos, alguns cilindros eritrocitários, proteinúria de 11.49 mg/m²/H.

Tensão arterial e função renal normais.

Foi realizada biópsia renal e início de terapêutica após a biópsia com prednisolona.

Pela clínica parecia ter envolvimento renal do tipo mínimo ou do tipo mesangial, mas o resultado foi padrão extramembranoso (classe V segundo classificação da OMS).

Após 3 meses de terapêutica com prednisolona mantinha LE test +, V.S. 72 mm e proteinúria maciça de 57 mg/m²/H pelo que se decidiu iniciar azatioprina e reduzir a prednisolona.

Com 6 meses de terapêutica apresentava LE test -, Anticorpos antinucleares 1/160 de padrão mosqueado e anti-DNA nativo -.

A propósito deste caso é feita uma apresentação teórica de Lupus Eritematoso Sistémico, clínica, avaliação laboratorial, histológica e seu tratamento.

CASO MENOS FREQUENTE DE UMA DOENÇA COMUM

I. Leal, J. Cavaco, A. Curvelo, J. Carapau
Serviço 2 Sala 2 - Hospital de Dona Estefânia
Reunião Clínica do Serviço 2 - Junho 1995.

RESUMO: Os autores apresentam um caso clínico de um adolescente de 12 anos, raça negra, desnutrido e com más condições sócio-económicas, com tosse produtiva, hipersudorese, anorexia e astenia, iniciadas uma semana antes e apresentando febre 39°C no dia do internamento.

Laboratorialmente apresentava leucocitose com neutrofilia e V.S. 61 mm.

Radiologicamente apresentava condensação heterogénea a nível do lobo superior esquerdo e não se visualizava bordo esquerdo da silhueta cardíaca (lobo da língua).

Iniciou terapêutica com cefuroxime.

T. Mantoux 10 U PPD revelou às 72 H induração com > diâmetro transversal de 20 mm. Decidiu-se iniciar terapêutica antibacilar após colheitas de expectoração e de suco gástrico para pesquisa de BAAR que se revelaram positivas.

Realizou também Broncoscopia que revelou «...moderada diminuição do BPE por acentuado edema da mucosa. Estenose da língua (diminuição do orifício de entrada em cerca de 60%).» O exame bacteriológico directo pelo método de Ziehl-Neelsen do lavado broncoalveolar revelou presença de BAAR. O exame cultural nada revelou.

Ao 2.º dia de terapêutica antibacilar ficou apirético, havendo melhoria clínica progressiva, com aumento de peso de 3 kg em 15 dias.

A pesquisa de BAAR na expectoração negativou. Pesquisa de Ac HIV 1/HIV2 foi negativa.

Pela clínica, pela localização da imagem radiológica, e pela detecção de BAAR na expectoração e no lavado broncoalveolar, pensa-se tratar-se de uma Tuberculose Pulmonar forma secundária (típica do adulto), por provável reactivação de infecção quiescente, e com disseminação broncogénica à esquerda.

A terapêutica aconselhada é tripla durante 2 meses, passando a dupla durante 7 meses.

ÁGUA (QUASE TUDO) E CLORETO DE SÓDIO... A propósito de um caso de cerebral salt wasting syndrome

F. Chaves, M. Zarcos, J. Cavaco
Serviço 2 Sala 2 - Hospital de Dona Estefânia
Reunião Clínica do Serviço 2 - Novembro 1995.
Palavras-chave: Convulsão; Hiponatremia.

RESUMO: Os a.a. apresentam o caso clínico de uma adolescente de 11 anos, sexo feminino e raça branca, internada por convulsões secundárias a hiponatremia devida a excreção aumentada de sódio na urina.

Durante o internamento, inicialmente na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e posteriormente na enfermaria, a correcção da natrémia foi sempre difícil, obrigando a aportes elevados de sódio, que chegaram a atingir os 30 meq/kg/dia administrados por via endovenosa.

Para esclarecimento clínico e etiológico, realizou entre outros exames, REM cranio-encefálica que revelou imagens compatíveis com vasculite. Na tentativa de esclarecer estas lesões realizou angiografia renal e biópsia cutânea que no entanto foram inconclusivas.

Na falta de identificação de uma entidade nosológica iniciou empiricamente terapêutica com glucocorticoides por via oral, com melhoria lenta mas progressiva.

Tendo em conta este facto, a criança tem alta ao 3.º mês de internamento com o diagnóstico de Cerebral Salt Wasting Syndrome sendo actualmente seguida em ambulatório com uma situação clínica estacionária.

ESTRIDOR DE ETIOLOGIA A ESCLARECER — Um caso clínico

F. Santos, F. Chaves, J. Oliveira-Santos, Lurdes do Ó, A. Gentil-Martins
Unidade de doenças Infecto-contagiosas - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia
Sessão Clínica do Serviço 2 - Janeiro de 1995
IV Congresso Português de Pediatria - St.ª Maria da Feira - Abril 1995
Palavras-chave: Estridor; Massa mediastínica; Linfangioma quístico.

RESUMO: Os a.a. descrevem e documentam imagiologicamente um caso clínico de Linfangioma quístico exclusivamente mediastínico, dada a raridade da situação.

Trata-se de uma criança de 2 anos, sexo masculino, raça negra, natural de Lisboa, internada pelo serviço de urgência do Hospital de Dona Estefânia por dificuldade respiratória, tosse estridulosa, febre e imagem radiológica de hipotransparência no mediastino superior.

Por persistência do estridor e para esclarecimento da situação, foram efectuados os seguintes exames complementares de diagnóstico: Broncofibroscopia, estudo radiológico do esófago e Ressonância Magnética Torácica. Perante o resultado destes exames coloca-se a hipótese diagnóstica de Linfangioma quístico, que vem a ser confirmado posteriormente por análise anatomopatológica, após toracotomia para excisão da massa tumoral.

O pós-operatório decorreu sem complicações e a criança encontra-se clinicamente bem.

Em seguida foi efectuada uma revisão teórica sobre «Massas mediastínicas», abrangendo aspectos anatómicos, manifestações clínicas e meios complementares de diagnóstico das patologias mais frequentes.

MENINGITES BACTERIANAS — 2 casos clínicos

C. Cruz, L. Carvalho

Serviço 2 Sala 3 - Hospital de Dona Estefânia

Reunião do Serviço 2 - Maio 1995.

RESUMO: Os Autores apresentam uma panorâmica da incidência e distribuição etária das meningites bacterianas com respectivos agentes etiológicos, observados nos últimos 15 anos (1980-1994) e internados no Serviço 2 Sala 3, num total de 887 casos.

Os agentes etiológicos mais frequentes em crianças acima dos 2 meses; *N. meningitidis*, *H. influenzae* tipo b e *S. pneumoniae*, foram observados em 853 casos. A *N. meningitidis* foi sempre o agente mais frequente (586 casos - 69%), seguida pelo *H. influenzae* (165 casos - 19%) e *S. pneumoniae* (102 casos - 11,9%). A incidência do *H. influenzae* aumentou a partir de 1984 (5,5%) atingindo níveis de 29%, valor que se perspectiva inferior com a implementação da imunização para o *H. influenzae* a partir dos 2 meses.

Quanto à distribuição etária verificou-se a maior incidência do *H. influenzae* no grupo dos 2 meses aos 2 anos e raramente ultrapassando os 4 anos. O *S. pneumoniae* apresentou dois picos de incidência, dos 2 meses aos 2 anos, relacionado com patologia otológica ou associada a drepanocitose, síndrome nefrótica e fissuras da lâmina crivada do etmóide e outro pico acima dos 4 anos. A *N. meningitidis* teve uma distribuição homogênea nos vários grupos etários. Nas crianças abaixo dos 2 meses de idade o *Strep B* foi identificado em 5 casos e a *E. coli* em 2 casos, não se encontrando nenhum caso de *L. monocitogenes*. O número de casos neste grupo etário é limitado dada a existência de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais onde são internadas as crianças até ao 28.º dia de vida. Foram identificados 3 casos de *Salmonelas* em crianças respectivamente de 3 e 4 meses.

Na distribuição mensal verificou-se um predomínio no fim do Inverno / princípio da Primavera para a *N. meningitidis* e um predomínio no Inverno para o *H. influenzae*, sem preferência climática para o *S. pneumoniae*.

Na sequência da revisão estatística dos casos de meningites bacterianas existentes no serviço, foram apresentados 2 casos clínicos. Um por *Salmonella* de Heidelberg, agente por nós nunca identificado, numa criança de 6 meses, o outro por *Listéria monocitogenes* de aparecimento num grupo etário pouco comum (2 anos).

A raridade da *L. monocitogenes* é confirmada numa revisão de 10 anos em 3 Unidades de recém nascidos. Na Unidade de RN do H.D.E. em 2645 internamentos apenas foram isoladas 4 *L. monocitogenes* causadoras de septicémia, sem meningite. Na MAC em 15000 internamentos, 4 septicémias e 2 meningites. No H. de S. João (Porto) verificaram-se em 4000 internamentos, 4 septicémias e 2 meningites.

UNIDADE DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS — Casuística de 1994

F. Santos, F. Chaves, J. Baldaia, Lurdes do Ó.

Serviço 2 Sala 3

Reunião clínica do Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia

Outubro 1995.

Palavras-chave: Patologia infecto-contagiosa; Casuística.

RESUMO: Os a.a. apresentam um estudo retrospectivo dos doentes internados na Unidade de doenças infecto contagiosas do Hospital de D. Estefânia durante o ano de 1994, num total de 813 crianças.

São apresentadas as características da população, havendo um predomínio do sexo masculino da raça branca e das 1.^a e 2.^a infâncias. A mortalidade foi nula e a duração média de internamento de 8.3 dias.

Em seguida procedeu-se à divisão e análise dos principais grupos de patologias. Estas foram agrupadas em: Doenças exantemáticas, Sepsis/Meningites, Patologia gastro-intestinal, Doenças da pele e tecidos moles, Tuberculose, Patologia respiratória, Doenças virais, Síndrome febril indeterminado e outras.

No grupo das doenças exantemáticas (n=150), o Sarampo foi a patologia predominante (60%), pelo que foi analisado individualmente. Como seria de esperar houve um predomínio das crianças com menos de 15 meses e quase todos os casos se deram nos meses de Inverno. Os internamentos quase sempre foram devidos às complicações, onde as mais frequentes foram as pneumonias. Houve sequelas em apenas 2 casos.

Em seguida foi analisado o grupo das Sepsis/Meningites (n=106) onde predominou o sexo masculino e o grupo etário abaixo dos 5 anos. Os agentes mais frequentes foram a *N. meningitidis* e o *H. influenzae* em proporções semelhantes.

As doenças gastro-intestinais constituíram claramente o grupo de patologias mais numeroso (n=243), formado na sua quase totalidade pelas gastroenterites agudas (n=201). Estas foram responsáveis por cerca de 25% do total de internamentos no serviço, o que em parte se deve a uma intoxicação alimentar colectiva numa escola no mês de Junho. Foram analisadas as características da população, proveniência, distribuição anual e duração do internamento, epidemiologia, sintomatologia e dados laboratoriais. De realçar, o predomínio nos meses de verão, com um pico em Junho pelo facto já citado, e o início dos sintomas que se deu na maioria dos casos até 48 horas antes, o que está de acordo com o agente mais frequentemente isolado, a *Salmonella enteritidis* (63%).

O grupo seguinte foi o das Doenças cutâneas e tecidos moles (n=47), onde predominaram as celulites (n=23). Pareceu-nos também importante o número de impétigos que necessitaram de internamento (n=12).

A Tuberculose (n=20) foi outro grupo estudado mais promenorizadamente. Dentro da especificidade desta patologia foram analisadas variantes como as características da população, proveniência, classe social, rastreio familiar, calendarização do BCG, testes de Mantoux, formas clínicas, locais de isolamento do BK e as terapêuticas utilizadas. De salientar que a Tuberculose continua a condicionar internamentos, havendo um recrudescimento das formas graves, nomeadamente a meningite, apesar da vacinação correcta.

Dentro das patologias do foro respiratório (n=77) predominaram as pneumonias (42%). Houve 4 casos de tosse convulsa com isolamento de *B. pertussis* em lactentes que ainda não haviam completo a vacinação.

ENCEFALITE HERPÉTICA

E. Paulino; F. Chaves; L. Carvalho
Serviço 2 - Sala 3. - Hospital de Dona Estefânia
Reunião do Serviço 2. Novembro 1995
Palavras-chave: Virus herpes; Encefalite; Electroencefalograma

RESUMO: Os autores apresentaram o caso clínico de lactente de 6 meses, saudável até 5 dias antes do internamento, quando inicia um quadro de febre, vômitos, irritabilidade e posteriormente alterações do estado de consciência, convulsões focais e generalizadas. Ao exame objectivo apresentava fontanela anterior hipertensa e sinais meníngeos presentes.

Laboratorialmente, não apresentava parâmetros de infecção e o líquido cefalorraquidiano (LCR) revelava 8 células/mm com predomínio linfocitário e proteinorraquia de 80 mg/dl.

O electroencefalograma (EEG) realizado ao 6.º dia de doença mostrava alterações sugestivas de encefalite herpética: depressão generalizada da actividade, complexos de ondas abruptas e ondas lentas, nas áreas parieto-temporal direita e parieto-occipital esquerda.

A serologia para o vírus herpes simplex, feita ao 15.º dia de doença, apresentava um título de Ig G 1/320 e um título de IgM 1/20, sugestivo de infecção aguda pelo vírus herpes simplex.

A TAC-CE realizada ao 9.º dia de doença não mostrava alterações, mas a realizada ao 25.º dia apresentava imagens extensas de hipodensidade nas regiões temporo-parietais e frontais.

Ao 5.º dia de doença, por suspeição clínica, foi iniciada terapêutica com *Acyclovir*, manitol e fenobarbital.

Houve boa evolução clínica, no entanto parece haver uma baixa da acuidade visual e o exame oftalmológico revela reflexos fotomotores diminuídos.

A propósito deste caso apresentaram-se comparativamente três casos clínicos internados na unidade de doenças infecto contagiosas entre 1986 e 1995. A idade média dos doentes foi de 7 meses e em todos os casos foram isolados os contactos. Os quadros clínicos iniciaram-se entre 2 e 5 dias antes do internamento, sendo comum aos três casos: febre alta, irritabilidade seguida de prostração e convulsões focais e/ou generalizadas. Os exames neurológicos realizados à entrada, embora diferentes nos três casos, apresentam alterações múltiplas e graves; desde hipotonia com prostração e obnubilação, sinais meníngeos e de hipertensão intra-craniana até parésias múltiplas.

Dos exames complementares de diagnóstico realizados, salienta-se o EEG que apresentou sempre alterações características de encefalite herpética. De igual modo o LCR apresentou sempre alterações sugestivas da patologia em causa. Somente em dois casos foram realizadas serologias, que, embora por técnicas distintas, apontam no sentido de infecção herpética activa.

Nos três casos foram realizadas TAC-CE, sendo de referir que um dos casos, já revelava lesões ao 4.º dia de doença e que nos restantes dois, embora fossem normais no início, vieram posteriormente a demonstrar lesões hipodensas de gravidade variável.

No que refere à terapêutica, todos iniciaram antibioterapia em doses meningéas, *acyclovir* e a terapêutica antiedematosa e anticonvulsivante, num dos casos, a terapêutica antiedematosa realizou-se com manitol.

A evolução foi variável nos três casos, desde lesões ligeiras, resultando numa parésia do membro superior direito, até um quadro gravíssimo de tetraparésia espástica, epilepsia e amaurose.

De seguida é feita uma resenha teórica, enfatizando a importância da precocidade do diagnóstico na encefalite herpética, tendo em conta a urgência no início da terapêutica. Deste modo salienta-se o peso da história clínica com a sintomatologia geral e/ou focal sugestiva. Assim como a tentativa de isolamento de contactos. A partir da suspeição escalonam-se os exames complementares, dos quais o EEG tem um papel preponderante, dada a sua inocuidade, rapidez de execução e alterações muito características e precoces. A punção lombar, exame obrigatório, demonstra-nos um LCR geralmente com pleiocitose, muitos eritrócitos e proteinorraquia elevada.

São igualmente comentadas a TAC, a ressonância magnética nuclear e os exames imunológicos, dando ênfase à valorização temporal de cada um destes exames, ao longo da evolução da doença. Dentro das novas técnicas, dá-se relevo à técnica da PCR (polymerase chain reaction) para isolamento do DNA viral no LCR, como exame de escolha para o diagnóstico de certeza da afecção, assim como da avaliação terapêutica.

UM CASO CLÍNICO DE MENINGITE TUBERCULOSA E TUBERCULOSE PULMONAR

A. Leça- Pereira
Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia
Reunião Clínica do Serviço 2.
1995

RESUMO: Criança de 11 anos, sexo masculino, raça negra, internada por «febre e meningismo» num contexto intradomiciliário de tuberculose pulmonar (Mãe em tratamento tuberculostático).

Rastreio efectuado, ausência de profilaxia.

Teleradiografia de Tórax à entrada, em pósterio-anterior, não revelando alterações, nomeadamente imagem sugestiva de adenopatia hilar.

Algumas horas após o internamento inicia quadro clínico de angústia respiratória com telera-diografia sugestiva de disseminação broncogénica maciça à direita e derrame pleural direito, em que foram isolados muitos bacilos ácido-alcoól resistentes.

Debate-se patologia do processo pulmonar e meníngeo, concluindo-se que em relação à tuberculose pulmonar, a «velha doença», nem tudo está sabido e compreendido, que «novas» discussões são sempre possíveis e que urge novas atitudes perante a tuberculose infantil, a nível comunitário.

O QUE PARECE É... OU NÃO É?

M. Zarcos, B. Lopes, J. Carapau
Serviço 2 - Unidade de Pneumologia
Reunião clínica Serviço 2
Junho 1995
Palavra-chave: Timo; Hiperplasia

RESUMO: Apresenta-se o caso clínico de uma criança do sexo feminino actualmente com 12 anos de idade. É observada pela primeira vez em Consulta de Pneumologia aos 13 meses de idade por, no contexto de infecção respiratória, ter realizado R.X. do torax que revelava imagem de hipotransparência para-hilar direita, de configuração triangular e contornos bem definidos, que foi interpretada como imagem tímica. No entanto dada a persistência desta imagem ao longo dos anos em que foi observada regularmente na consulta, e uma vez que a imagem radiológica do timo «involui» com a idade, colocaram-se vários dilemas no diagnóstico que condicionaram a realização de outros exames complementares (TAC, REM) os quais permitiram concluir-se estar na presença de hiperplasia tímica.

DOENÇA PULMONAR CRÓNICA — Um caso clínico

M. Zarcos, E. Ribeiro, F. Chaves, J. Oliveira-Santos, J. Carapau

Serviço 2 - Unidade de Pneumologia

Reunião do Serviço 2

Novembro.1995

III Jornadas de Pediatria dos Hospitais de Leiria e Caldas da Rainha. Dezembro 1995.

Palavras-chave: Hemossiderose pulmonar; Doença pulmonar crónica

RESUMO: Apresenta-se o caso de uma criança de 4 anos, sexo feminino, raça negra, transferida de Cabo Verde, onde reside, por doença pulmonar crónica. Tem desde os 2 anos crises de dificuldade respiratória que foram aumentando de frequência e gravidade, e por vezes episódios de tosse com expectoração hemoptóica. Ao exame objectivo é uma criança emagrecida com hipocratismo digital e saturações de O₂ de 87% medidas por oximetria de pulso, com auscultação cardiopulmonar normal.

Para avaliar a situação clínica realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar tendo o exame citológico deste último revelado hemossiderina em 100% dos macrófagos, compatível com hemossiderose pulmonar. Os valores de hemoglobina foram sempre normais e os restantes exames complementares para avaliar uma forma secundária de hemossiderose foram negativos.

A propósito deste caso foi elaborado uma revisão teórica sobre hemossiderose pulmonar.

UM GRUPO DE RISCO PARA MAIOR GRAVIDADE DE TUBERCULOSE DOENÇA

M. Lage, F. Chaves, B. Lopes, J. Carapau

Serviço 2 - Núcleo de Pneumologia

III Jornadas de Pediatria dos Hospitais Distritais de Leiria e Caldas da Rainha

Dezembro 1995.

RESUMO: O número de casos novos de tuberculose por 100.000 habitantes em Portugal continua a atingir valores que nos classificam como um país de alta prevalência da doença (>de 50 casos novos/100.000 habitantes). A distribuição destes casos não é uniforme, atingindo valores muito superiores nos concentrados populacionais de Lisboa e Porto e, dentro do distrito de Lisboa, em algumas zonas específicas. Os factores determinantes para a existência destas zonas de alta prevalência são as más condições de habitabilidade que promovem um aumento da macidez do inóculo.

Do estudo das 204 crianças que foram seguidas no H. D. Estefânia por tuberculose doença entre 1990 e 1994, destaca-se o grupo de 66 crianças de raça negra (32%) no qual parece haver factores de risco particulares para uma maior gravidade da doença.

Neste grupo, a área de residência é, em 50%, o concelho da Amadora (31% na raça branca), pertencendo 83% à classe de Graffar IV e V (46% no restante grupo).

A idade de diagnóstico é em 36% dos casos inferior a 4 anos e em 28% dos casos não há registo de vacinação por BCG (17% na raça branca).

Em 57% destas crianças a fonte de contágio foi o pai ou a mãe (36% no outro grupo), observando-se maior número (30%) de formas complicadas de tuberculose mediastino-pulmonar (17% na raça branca).

Concluimos que as crianças de raça negra com tuberculose doença que recorrem ao nosso hospital, pelas condições socio-económicas deficientes e pelas zonas habitacionais de que são muitas vezes provenientes, são um grupo de risco para formas mais graves da doença, merecendo por isso condições particulares de rastreio e vigilância.

VÍRUS DA HEPATITE B E RIM

G. Seves, M. Abranches, J. Batista, J. Ferra- Sousa
Serviço 2 - Hospital D. Estefânia
Reunião clínica do Serviço 2.
Janeiro 1995.

RESUMO: Descrita desde 1971, só em 1988 foi documentada na Unidade de Nefrologia do Hospital Dona Estefânia a associação entre vírus da Hepatite B (VHB) e nefropatia glomerular.

Os autores fazem a análise de 6 casos com glomerulopatia e antigenémia persistente do VHB sob o ponto de vista clínico-laboratorial, histopatológico, terapêutico e evolutivo.

Todos os doentes eram de raça negra e do sexo masculino, com média de idades de 3.8 anos e manifestaram-se por uma proteinúria maciça assintomática em 2 casos e por um síndrome nefrótico nos restantes. As biópsias renais realizadas em 4 doentes só foram conclusivas em 3 e revelaram glomerulosclerose segmentar e focal (GESF) num caso e glomerulopatia membranosa (GNM) nos outros dois.

A corticoterapia foi efectuada em 3 doentes, com remissão parcial apenas num. Um doente faleceu por sépsis meningocócica três anos após o diagnóstico e do doente com GESF tem uma hepatite crónica activa cirrogénica, descompensações clínicas frequentes e entrou em insuficiência renal 5 anos após o diagnóstico. Os restantes mantêm-se estáveis, com proteinúria maciça intermitente e a maioria das vezes assintomáticos.

Faz-se seguidamente uma revisão teórica sobre as relações entre o vírus da hepatite B e o rim. Abordam-se as repercussões renais desta infecção e a sua prevenção no doente renal.

NEFRONIA LOBAR AGUDA — Caso clínico

C. Didlet, M. Faleiro, M. Abranches, A. Machado, J. Ferra- Sousa
Unidade de Nefrologia Pediátrica - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia
Reunião do Serviço 2
Outubro 1995.

RESUMO: Os autores apresentaram o caso clínico de uma criança de 6 anos, sexo masculino e raça branca, internada na Unidade de Nefrologia em Fevereiro de 1995, com quadro clínico e laboratorial de infecção urinária alta, cuja ecografia renal revelou tratar-se de um processo de pielonefrite focal do rim direito.

Descreveram-se a evolução clínica, laboratorial e a terapêutica efectuadas e os aspectos da abordagem imagiológica a que foi submetido.

Apresentaram-se algumas considerações sobre a variedade de terminologias encontradas na literatura sobre este processo, tendo-se optado pelo termo de nefronia lobar aguda (NLA) por ser o mais descritivo em termos anátomo-fisiológicos. Apresentou-se a revisão dos casos clínicos pediátricos publicados de NLA e chamou-se a atenção para a importância do diagnóstico diferencial.

Da revisão da literatura e da nossa própria experiência, tiraram-se algumas conclusões relativamente à abordagem clínica e imagiológica destes casos, citando o papel da ecografia renal (considerada a técnica de eleição na avaliação inicial e na monitorização posterior), da tomografia axial computadorizada e da cintigrafia renal. Apontaram-se algumas medidas de seguimento em ambulatório, nomeadamente a profilaxia, a detecção de anomalias urinárias subjacentes (por exemplo, refluxo vesico-ureteral) e de potenciais lesões cicatriciais (através da cintigrafia renal).

UROPATIAS MALFORMATIVAS- Diagnóstico pré-natal e estudo evolutivo

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

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

II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Simpósio de Pediatria Perinatal

Novembro 1995

RESUMO: Apresentou-se a revisão dos processos clínicos de todas as crianças, com idade inferior a 2 anos, enviadas à Consulta de Nefrologia entre 1 de Janeiro de 1990 e 31 de Dezembro de 1994, por um diagnóstico pré-natal de uropatia, num total de 138 doentes.

Verificou-se um predomínio do sexo masculino (M:F=2,8:1), a idade média do diagnóstico pré-natal foi às 28 semanas e o achado ecográfico mais frequente foi a dilatação pielo-calicial (72.5%) num total de 175 unidades renais atingidas. A 1.ª ecografia pós-natal foi realizada em média aos 22 dias, com uma concordância com o diagnóstico pré-natal de 67.4%, revelando 82 casos com dilatação pielo-calicial e 24 casos sem patologia. Analisou-se a investigação sequencial feita, a idade média em que foram realizados os exames e a percentagem dos que se encontraram alterados. A avaliação dos 24 casos considerados «normais» na 1.ª ecografia pós-natal veio a revelar: 13 casos sem patologia, 5 casos de obstrução ou refluxo, 3 de dilatação funcional, 1 rim em ferradura e 2 sem diagnóstico, por abandono da consulta. Foram encontrados 142 diagnósticos definitivos, referindo-se como mais frequentes: a dilatação funcional, o síndrome da junção pielo-ureteral, o refluxo vesico-ureteral (RVU) primário e o megauretero obstrutivo. 46 casos foram submetidos a cirurgia, fazendo-se referência à idade média da intervenção cirúrgica e ao tipo de cirurgia efectuada; comparou-se a casuística com a experiência de vários grupos, na década de 80. Quanto às repercussões funcionais, há actualmente 4 doentes com débito do filtrado glomerular <80 ml/min/1,73 m² e um doente com hipertensão arterial.

A casuística mereceu-nos alguns comentários, destacando-se: 1-importância da valorização da ecografia pré-natal no diagnóstico precoce das uropatias (87% de casos confirmados); 2 - importância da idade de realização da 1.ª ecografia pós-natal e da calendarização dos exames, que deve ter em conta a situação a esclarecer e os mecanismos de maturação renal; 3 - importância da identificação de RVU (uma das causas menos frequente de dilatação pielo-calicial pré-natal), dando a oportunidade ideal para instituir medidas preventivas antes do surgimento de infecção urinária; 4 - importância da atitude de vigilância expectante, uma vez que o «atraso» não implica deterioração da função renal, na ausência de infecção e de aumento da tensão do bacinete renal; 5 - importância da identificação precoce de uropatia subjacente, possibilitando a implementação de estratégias de vigilância e de terapêutica médica e cirúrgica no sentido de limitar a deterioração da função renal.

CRESCIMENTO EM DIALISE PERITONEAL CONTÍNUA AMBULATORIA

A. Neto, J. Terra- Sousa

Congresso Nacional de Pediatria - St.ª Maria da Feira

Novembro 1995.

Palavra-chave: Doença renal crónica; Nutrição; Crescimento; Terapêutica conservadora; Diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA).

RESUMO: Avaliado o crescimento e estado nutricional em 9 crianças com insuficiência renal crónica (FGR<20 ml/min./1.73 m²), num período de 2 anos (um ano pré-diálise - terapêutica conservadora e no primeiro ano de Diálise Peritoneal Contínua Ambulatoria - DPCA).

Objectivo do estudo: verificar o crescimento da criança com insuficiência renal crónica, sob terapêutica medicamentosa e dialítica, de modo a determinar qual das abordagens terapêuticas permite atingir um crescimento mais próximo do potencial genético de cada criança.

Resultados: o estudo comparativo dos dados antropométricos e bioquímicos obtidos, permitiu verificar agravamento do estado nutricional, com índice peso/estatura (IPE) <0.94 em 78% dos doentes no período de terapêutica conservadora, sendo o valor calórico total (VCT) ingerido neste período <80% do valor calórico recomendado.

Constatou-se uma relação directa entre a velocidade de crescimento (VC) e o VCT (p=0.001).

As crianças em DPCA crescem melhor, verificando-se uma estabilização metabólica contínua e um aumento do VCT (absorção de glicose do dialisado).

A velocidade de crescimento (VC) e o índice de velocidade de crescimento (IVC) foram superiores sob terapêutica dialítica, com ganho de SD (desvio padrão) da idade estatural mais acentuado em crianças com doença renal congénita (p<0.01).

Conclusão: a DPCA é a melhor alternativa terapêutica na criança com insuficiência renal pré-terminal, pois permite uma ingesta calórica adequada com um melhor crescimento (IVC>80% em 55.5% e IVC>50% em 44.5% dos doentes) aliado a uma boa tolerância.

SÍNDROMA DE WEST — Casuística da Unidade de Neuropediatria do H.D.E.

A. Dias, K. Dias

Serviço 2 - Hospital D. Estefânia

Reunião Nacional da Secção de Neuropediatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia

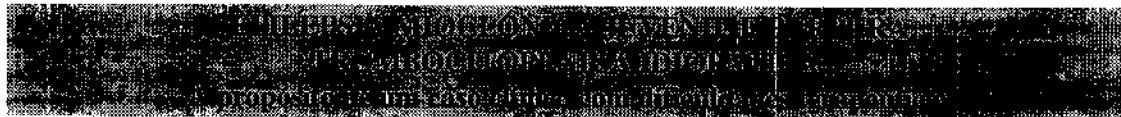
Fevereiro 1995.

RESUMO: O presente trabalho é um estudo retrospectivo de todos os doentes com Síndrome de West seguidos na Unidade de Neuropediatria do H.D.E. e pretende actualizar uma casuística anteriormente realizada por outros autores em 1987, com o objectivo de constituir um ponto de partida para um futuro estudo prospectivo, que abordará sobretudo os aspectos terapêuticos desta patologia.

Inclui 77 doentes, com um «follow-up» médio de 2 anos e 5 meses (Mínimo: 3 meses; máximo: 15 anos). Foram estudados os seguintes parâmetros: sexo, raça, idade de início, intervalo início-data de diagnóstico, etiologia / patologia associada, desenvolvimento psicomotor antes e depois dos espasmos infantis, outros tipos de crises epilépticas, estudos neuroimagingológicos e metabólicos, terapêutica efectuada e evolução a longo prazo (desenvolvimento psicomotor e epilepsia).

Dos resultados obtidos salienta-se: em 27% dos casos o S. West foi considerado criptogénico e em 73% sintomático, sendo a etiologia mais frequente a encefalopatia hipóxico-isquémica. 53,2% tinham atraso de desenvolvimento prévio e 35% tiveram previamente outro tipo de crises. Em 35% dos casos os exames neuroradiológicos revelaram alterações relevantes. A maioria (69 doentes) foram medicados com ACTH, alguns dos quais em associação com outros antiepilépticos, nomeadamente o Vigabatrin em 5 casos; apenas 4 doentes fizeram Valproato de Sódio em monoterapia. A resposta à terapêutica, a curto prazo, foi idêntica no grupo criptogénico e sintomático (65% com resposta completa e 35% com resposta parcial ou nula; 30% com recidivas). A longo prazo, constatou-se um atraso do desenvolvimento psicomotor substancialmente mais grave no grupo dos casos sintomáticos; neste grupo não houve relação da evolução com a precocidade do diagnóstico e da instituição da terapêutica, ao contrário do que se verificou nos casos criptogénicos. 60% dos doentes sofriam de epilepsia resistente à terapêutica, nomeadamente ao Síndrome de Lennox-Gastaut em 13 casos, com maior incidência naqueles que tinham atraso de desenvolvimento psicomotor anterior ao início dos espasmos em flexão.

Conclui-se que, apesar do aparecimento de novos antiepilépticos e dos avanços técnicos dos meios complementares de diagnóstico, a terapêutica do S. de West e os seus resultados a curto e a longo prazo não se alteraram substancialmente.



T. Moreno

Unidade de Neuropediatria - Hospital de Dona Estefânia

1.ª Reunião conjunta das Consultas de Epilepsia da Região Sul

Hospital de Santo António dos Capuchos. Liga Portuguesa contra a Epilepsia. Julho 1995.

RESUMO: Apresenta-se o caso clínico de um adolescente de 14 anos do sexo masculino, seguido em consulta desde os 9 anos por epilepsia de ausências, controlada com valproato de sódio e etosuximida

Primeiro filho de pais jovens não consanguíneos, com antecedentes familiares de epilepsia. Igualmente seguido em consulta de hematologia por Púrpura Trombocitopénica Idiopática, 5 surtos controlados até à data com corticosteróides.

Aos 13 anos tem agravamento da púrpura atribuído ao valproato, pelo que esta terapêutica é suspensa. As crises reaparecem depois com um componente mioclónico palpebral e posteriormente, apenas com mioclonias maciças ao acordar. Discutem-se os vários fármacos utilizados para controlo deste tipo de epilepsia, habitualmente sensível ao valproato de sódio.

Discutem-se igualmente os factores genéticos deste tipo de epilepsia, assim como os efeitos acessórios mais raros do valproato.

ASPECTOS NEUROLÓGICOS DA DOENÇA DE LYME

A. Dias, E. Calado, K. Dias
Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia
V Reunião da Associação dos Pediatras do H. D. E.
Julho 1995.

RESUMO: A Doença de Lyme é uma infecção causada pela espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, transmitida ao homem por mordedura de carrapa. Trata-se de uma complexa doença multisistémica, caracterizada por alterações da pele, do sistema nervoso, do coração ou das articulações, evoluindo ao longo de meses ou anos e podendo expressar-se através de quadros clínicos muito diversos. Atendendo a estas características, e ao facto de as técnicas de diagnóstico correntemente utilizadas consistirem em métodos indirectos, o seu diagnóstico preciso nem sempre é fácil. Tenta-se actualmente reunir critérios diagnósticos bem definidos, baseados em 4 aspectos fundamentais: epidemiológicos, clínicos, serológicos (variação significativa dos títulos de anticorpos) e terapêuticos (resposta consistente ao tratamento).

A presente comunicação debruça-se sobre os aspectos neurológicos desta doença, partindo de um caso clínico que se manifestou essencialmente por alterações do sistema nervoso central (S.N.C.).

Sabe-se que ocorre envolvimento neurológico em cerca de 15-20% dos casos de D. de Lyme, essencialmente nas fases II e/ou III, podendo assumir múltiplas formas, nomeadamente nevrite dos nervos cranianos (sobretudo o nervo facial), meningoencefalite, meningite linfocitária, encefalomielite, poliradiculopatia, neuropatia periférica ou, mais raramente, encefalopatia desmielinizante, ataxia cerebelosa, pseudotumor cerebri, alterações do sono, entre outras.

O caso apresentado refere-se a um rapaz de 4 anos que iniciou um quadro insidioso de cefaleias, vômitos, cansaço, irritabilidade e uma certa lentidão nas funções cognitivas. Registou-se febrícula na 1.ª e na 3.ª semana de evolução da doença e artralgia do ombro direito na 4.ª. Não foram observadas lesões cutâneas. O exame somático geral e o exame neurológico foram normais, à excepção de estase papilar bilateral.

Dos exames complementares efectuados salienta-se: aumento da velocidade de sedimentação (59 mm); aumento da pressão intra-raquidiana (42 mm H₂O); pleocitose no líquido, com linfocitose, com exame bioquímico normal e exame cultural (bacteriológico, micológico e para B.K.)-negativo. A imunoelectroforese das proteínas do líquido foi compatível com processo inflamatório do S.N.C. O EEG inicial mostrava uma lentificação difusa, compatível com processo encefalítico. O TAC crânio-encefálico não mostrou alterações significativas e a RMN crânio-encefálica revelou alterações focais múltiplas do parênquima encefálico, cerebrais e cerebelosas.

A serologia para *borrelia burgdorferi*, por imunofluorescência indirecta, foi positiva, com variação significativa dos títulos de anticorpos no soro (1:512 na 1.ª amostra e 1:256 na 2.ª) e 1:4 numa amostra de líquido. Foram normais ou não significativos outros exames complementares efectuados para rastreio de possível etiologia imunológica ou infecciosa.

Assim, foi colocada a hipótese diagnóstica de Doença de Lyme, traduzida por um quadro de meningoencefalite, e efectuada terapêutica com acetazolamida e furosemido, para tratamento da hipertensão intracraniana, e ceftriaxone (1.5 gr e.v., durante 14 dias). Assistiu-se a uma melhoria clínica, laboratorial e electroencefalográfica.

Pensamos ter reunido os critérios suficientes para o diagnóstico de Neuroborreliose, apesar das controvérsias acima referidas.

DOENÇA NEUROLÓGICA GENETICAMENTE DETERMINADA DE ETIOLOGIA NÃO CONHECIDA

T. Moreno

Unidade de Neuropediatria - Hospital de Dona Estefânia

Reunião da Secção de Neuropediatria da Sociedade de Neurologia. Hospital Pediátrico. Coimbra

Outubro 1995.

RESUMO: Apresenta-se os casos clínicos de 2 irmãos seguidos em consulta de Neurologia, filhos de pais consanguíneos, com graves malformações cerebrais, atraso estrutural ponderal e epilepsia. A diferente gravidade da expressão clínica, e a ausência de diagnóstico desta situação claramente de transmissão genética, apesar da extensa investigação etiológica, são discutidas.

São apresentados em pormenor as situações clínicas e imagens em vídeo dos doentes, e postas algumas hipóteses clínicas para discussão com a assistência.

SINDROME BIOPERULAR — A propósito de um caso clínico

T. Moreno

Unidade de Neuropediatria - Hospital de Dona Estefânia

2.ª Reunião Conjunta das Consultas de Epilepsia da Região Sul - Hospital Garcia de Orta

Liga Portuguesa contra a Epilepsia

Outubro 1995.

RESUMO: Relata-se o caso clínico de uma jovem de 19 anos de idade, com o diagnóstico desde a infância de paralisia cerebral, dificuldades da linguagem expressiva e atraso cognitivo ligeiro. Seguida na consulta desde os 9 anos de idade por epilepsia, com crises parciais complexas, crises parciais simples, crises atónicas, parcialmente controladas com terapêutica. No exame objectivo salienta-se paralisia pseudobulbar, com disartria marcada, sialorreia e dissociação dos movimentos voluntários / automáticos oroglossofaríngeos.

Foi feita Tomografia axial computadorizada Crânio encefálica, sugerindo alteração da migração, provável esquinzencefalia. A Ressonância magnética crânio-encefálica revela malformação da região opercular e perisilvica bilateral, compatível com o quadro clínico. Teem-se algumas considerações sobre a génese desta alteração da migração neuronal e na necessidade da revisão dos diagnósticos dos doentes «crónicos».

EPILEPSIAS MIOCLÓNICAS CRIPTOGÉNICAS NA CRIANÇA — Dificuldades diagnósticas

E. Calado, K. Dias

Serviço 2 - Unidade de Neurologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

Reunião das Consultas de Epilepsia da Zona Sul

Hospital Garcia de Orta. Outubro 1995

RESUMO: As epilepsias mioclónicas (EM) na criança suscitam com frequência dificuldades de diagnóstico e de classificação nosológica, com as consequentes repercussões sobre o tratamento adequado e o estabelecimento dum prognóstico correcto.

A maioria das epilepsias mioclónicas não se associam a lesão estrutural do SNC (EM idiopáticas ou criptogénicas). Este grupo é de classificação particularmente difícil, sobretudo devido ao tipo de outras crises associadas, que podem mesmo impôr-se às crises mioclónicas, como sucede na epilepsia mioclónica grave do lactente. A coexistência de crises atónicas ou mesmo tónicas, associadas a um EEG com descargas de ponta-onda lenta põe quase sempre problemas sérios de diagnóstico diferencial com o Síndrome de Lennox-Gastaut.

Para ilustrar as dificuldades que se nos podem deparar na prática clínica com este tipo de epilepsias, apresentamos 4 casos de crianças seguidas na consulta de Neuropediatria, todas elas do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 3 e os 8 anos. O início das crises situou-se entre os 18 e 31 meses e todas as crianças tinham um DPM prévio normal. Em duas delas foi fácil a identificação de crises mioclónicas com uma resposta rápida à terapêutica com valproato de sódio (VPA) e os EEGs intercríticos foram sempre normais. Nas outras 2 crianças sobressaíam as crises parciais complexas e as crises tónico-clónico-generalizadas, motivo porque foram de início medicadas com carbamazepina e posteriormente fenitoina, com agravamento significativo da epilepsia e evidência de crises mioclónicas e atónicas. Tanto a clínica como os próprios EEGs levaram-nos ao diagnóstico provisório de S. de Lennox-Gastaut. A boa resposta ao VPA num deles e à associação de VPA e clobazam noutro, assim como a ausência de repercussão sobre o desenvolvimento cognitivo, permitiram-nos excluir aquele diagnóstico.

Com a apresentação destes casos, pretendemos chamar a atenção para um grupo particular de epilepsias, com aparecimento a partir do 2.º ano de vida, com um prognóstico habitualmente favorável, desde que correctamente identificadas.

PATOLOGIA MEDULAR NA CRIANÇA

T. Aguiar, H. Aguas, M. Gaspar, J. Vieira

Unidade de Neurologia do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia

Reunião do Serviço 2

Outubro 1995.

Palavras-chave: Mielopatia; Mielopatia na criança

RESUMO: São referidos os principais síndromas medulares correlacionando-se a lesão anatomo-patológica com o respectivo quadro clínico:

- síndrome de secção medular
- síndrome de hemiseção medular
- síndrome espinhal anterior
- síndrome cordonal posterior
- síndrome siringomiélico

É referida a etiologia e clínica das principais patologias medulares, nomeadamente:

- mielite transversa
- tumores
- infeções vertebrais e paravertebrais
- traumatismo peri e pós-natal

São apresentados 4 casos clínicos:

- uma criança, do sexo feminino, de 3 anos, com infarto medular cervical traumático, associado a malformação de Chiari tipo 1
- um rapaz com 13 anos com encefalomielite pelo vírus de Epstein-Barr
- uma criança, do sexo masculino, com 7 meses, com tuberculose vertebral
- uma criança, do sexo masculino, com 23 meses, com compressão medular por tumor (histiocitose maligna).

DISTROFIA MUSCULAR DE BECKER E CATARATAS NUMA FAMÍLIA

L. Santos, E. Calado, J. Costa, K. Dias
Unidade de Neurologia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia
Hotel Sol Coimbra - Coimbra.
Novembro 1995.

RESUMO: Descreve-se o caso de um rapaz de 18 anos de idade com história de intolerância ligeira ao esforço e dois episódios de mioglobinúria, cuja biópsia muscular mostrou alterações distróficas e o estudo de genética molecular demonstrou a existência de uma deleção no gene da distrofina, a que corresponde um fenótipo de Distrofia Muscular de Becker.

Foram estudadas várias mulheres de três gerações da família deste doente, tendo-se encontrado a mesma deleção no gene da distrofina em todos os casos estudados e uma nova deleção no outro gene da distrofina numa das familiares que tem sintomas de doença muscular.

O probandus e a sua Mãe apresentam também um tipo particular de catarata de características congénitas.

Na literatura encontramos a descrição de Cataratas em ratos mutantes MDX, que são um dos modelos animais da Distrofia Muscular de Duchenne.

Discute-se a expressão da distrofinopatia nesta família e apresenta-se uma revisão bibliográfica da associação entre Distrofia Muscular e Cataratas.

SINDROMAS MIASTÉNICOS NA CRIANÇA

A. Dias.

Sessão Clínica do Serviço de Neurologia do Hospital Egas Moniz

Dezembro 1995.

RESUMO: O presente trabalho foi realizado com dois objectivos fundamentais: por um lado fazer uma revisão teórica, reunindo a informação actualmente disponível acerca dos Síndromas Miasténicos (S.M.) na criança, com especial incidência na Miastenia Gravis e nos Síndromas Miasténicos Congénitos (S.M.C.); por outro lado, apresentar a casuística de S. M. da Unidade de Neuropediatria do HDE.

Os S.M. são afecções da transmissão neuromuscular, congénitas ou adquiridas, caracterizadas por fraqueza muscular e fadigabilidade.

De acordo com a etiologia, podem ser classificados em auto-ímmunes (incluindo a Miastenia Gravis (M.G.), o Síndroma de Eaton-Lambert e a Miastenia Neonatal Transitória), e não auto-ímmunes (englobando os S.M.C e outras formas de bloqueio neuromuscular, nomeadamente por tóxicos, drogas ou toxinas).

Os S.M.C. são situações bastante raras, assumindo por vezes formas muito severas, algumas potencialmente tratáveis, requerendo um diagnóstico preciso. O diagnóstico baseia-se em dados clínicos e electromiográficos, em estudos neurofisiológicos sofisticados apenas disponíveis em Centros de Investigação (p. ex., estudos electrofisiológicos *in vitro* com microelectrodos, microscopia electrónica e estudos imunocitoquímicos da junção neuromuscular), e ainda em estudos de genética molecular.

Está identificada cerca de uma dezena de S.M.C. que, segundo a sua fisiopatologia se classificam em: Síndromas com defeitos pré-sinápticos; Síndromas com defeitos pré e pós-sinápticos; Síndromas com defeitos pós-sinápticos, por alterações cinéticas dos receptores da acetilcolina; Síndromas parcialmente caracterizados.

A Miastenia Neonatal Transitória afecta 10 a 15% dos recém-nascidos de mães com Miastenia Gravis, por transferência passiva de Ac anti-receptor de acetilcolina (ACh) e por produção de Ac pelo RN. Surge nas primeiras 24-48 H de vida com dificuldades na sucção e na deglutição, hipotonia e fraqueza muscular e, por vezes, insuficiência respiratória. É sempre uma situação transitória, com recuperação em 1 a 12 semanas, requerendo terapêutica de suporte, nomeadamente anticolinesterásicos e, eventualmente, ventilação mecânica.

A M. G. auto-ímmune adquirida é a causa mais frequente de bloqueio da junção neuromuscular na criança e no adolescente; 10 a 20% das M. G. surgem antes dos 20 anos. A fisiopatologia reside numa alteração pós-sináptica, por diminuição do número de receptores da ACh funcionantes, devido à acção da Ac anti-receptor da ACh e traduz-se clinicamente por fraqueza muscular e fadigabilidade (formas oculares, bulbares ou generalizadas). O tratamento é estabelecido de acordo com a evolução clínica de cada doente e engloba as seguintes opções terapêuticas: anticolinesterásicos (Piridostigmina), corticosteróides ou outros imunossuppressores (Prednisolona, Azatioprina), imunoglobulina e.v., plasmaférese e timectomia. Dum modo geral, o prognóstico é melhor que na M.G. do adulto.

Na Unidade de Neuropediatria são seguidos 6 doentes com S.M. (0.1% do total), sendo 4 do sexo masculino e 2 do sexo feminino; todos têm formas generalizadas; 1 dos doentes tem provavelmente um S.M. Congénito não caracterizado. A idade média de início das queixas foi de 8.6 anos. 3 doentes fizeram timectomia. A resposta à terapêutica foi boa ou razoável em 5 e medíocre numa doente.

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

Reunion Annuelle de la Société Européenne de Neurologie Pédiatrique

Mondorf-les-bains. Luxembourg. Novembre 1995.

RESUMO: Objectives - Évaluer la fréquence des infirmités motrices d'origine cérébrale (IMC) dans la population d'une polyclinique de neuropédiatrie d'un hôpital de référence. Caractérisation de cette population par types, étiologie, problèmes associés et gravité.

Matériel et méthodes - Étude rétrospective des dossiers de 5373 malades des années 1975 - 1993, dont on a identifié 348 avec IMC. 17 ont été exclus par insuffisance de données.

Résultats - D'après la classification Suédoise des IMC notre distribution par types a été semblable à celle indiquée en autres publications: 1. spastique dans 262 cas (79,2%) dont 117 hémiplegies, 63 diplégies et 82 tetraplégies, 2. dyskinétique dans 43 cas (13%), 3 ataxique dans 18 cas (5,4%). 8 cas ont été considérés comme mixtes (2,4%). La forme prédominante chez les prématurés a été la diplégie (23/63) et l'hémiplégie (103/268) chez les enfants nés à terme. L'analyse des différents facteurs de risque, du cadre clinique et de l'imagerie, a permis d'identifier la cause probable chez 204 enfants (86 prénataux, 83 périnataux et 35 cas d'étiologie postnatal). L'épilepsie et le retard cognitif sont les problèmes associés les plus fréquents.

Conclusions - Les infirmités motrices d'origine cérébrale sont toujours un sujet actuel, responsable par un pourcentage important des malades dans une polyclinique de neurologie. L'inexistence d'études épidémiologiques basées sur la population générale empêche la connaissance de la réalité au Portugal. Il est donc urgent la réalisation d'études épidémiologiques sur la population globale chez nous, ce qui permettra l'évaluation adéquate des besoins et une rentabilisation des ressources.

Cet étude rétrospective attire l'attention sur l'importance du problème et doit être suivi par un travail prospectif.

E. Calado

Unidade de Neurologia Pediátrica · Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia
Reunião do Serviço 2. Dezembro 1995.

RESUMO: O Núcleo de Spina Bífida do Hospital D.^a Estefânia (HDE), criado em 1985, tem acumulado ao longo destes 10 anos, uma experiência ímpar no seguimento multidisciplinar de crianças com mielomeningocelo.

Actualmente são seguidas pelo Núcleo 75 crianças de idades compreendidas entre os 2 meses e os 16 anos.

A multideficiência «pesada» em muitas destas crianças torna o seu seguimento médico e paramédico altamente dispendioso e consumptivo.

Até agora estes custos têm recaído quase integralmente sobre o HDE, independentemente da área de residência da criança (incluindo os Açores e PAI.OPS).

Atendendo a que o diagnóstico pré-natal de Spina Bífida (SB) continua a não ser feito (apesar duma média de 4 ECOS pré-natais em quase todas as mães das crianças com SB nascidas nos últimos 5 anos), que todas as crianças são operadas, independentemente do nível da lesão medular, que o número de crianças seguidas pelo Núcleo duplicou nos últimos 3 anos e que o seguimento adequado destas crianças exige cada vez maior recurso a ajudas técnicas dispendiosas e a tecnologia diagnóstica diferenciada (ressonância magnética crânio-encefálica e medular, potenciais evocados, cintigrafias com DMSA,...), penso que é chegada a hora de se fazer uma reflexão séria sobre este assunto.

É urgente definir uma estratégia de seguimento eficaz destes doentes, que terá de passar necessariamente por uma responsabilização e envolvimento das estruturas de saúde locais (Hospitais Distritais e Centros de Saúde).

O HDE e o Núcleo de SB têm de apostar fundamentalmente em acções de formação que permitam a prevenção primária (ácido fólico pré-concepcional) e secundária (diagnóstico pré-natal atempado possível em 95% dos casos de SB) deste tipo de patologia e que as crianças afectadas possam ser seguidas adequadamente pelos médicos e paramédicos locais, só recorrendo muito pontualmente ao Hospital Central e sempre por intermédio do Médico Assistente responsável.

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO NUMA CRIANÇA DE 2 ANOS — Evolução EEG

M. Veiga

Unidade de Electroencefalografia do Hospital de Dona Estefânia.

I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia.

Novembro 1995.

RESUMO: Nos traumatismos cranianos o método de diagnóstico de eleição é a TAC-CE.

O valor do EEG nestes casos reside no rastreio/confirmação de alterações epileptiformes em correlação com epilepsia pós-traumática precoce ou tardia e deve ser realizado o mais precocemente possível.

Nesta criança, os aspectos dos EEGs são um tanto curiosos na medida em que o primeiro, realizado 9 dias após o traumatismo, revelou um foco lento localizador do trauma inicial, e o segundo, uma semana depois do primeiro, anomalias epileptiformes em relação com a área de contusão cerebral da lesão por contragolpe.

A terapêutica de manutenção anti-epiléptica está claramente indicada na epilepsia pós-traumática tardia (convulsões após a primeira semana) e provavelmente também deve ser instituída na epilepsia pós-traumática precoce (convulsões durante a primeira semana), sendo as drogas indicadas o fenobarbital, a carbamazepina e a fenitoína.

O EEG NO DIAGNÓSTICO DAS CONVULSÕES NEONATAIS — Dois casos exemplares

M. Veiga

Unidade de Electroencefalografia do Hospital de Dona Estefânia.

I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia

Novembro 1995.

RESUMO: A electroencefalografia neonatal é actualmente considerada um instrumento não invasivo altamente gratificante para avaliação clínica de todos os recém-nascidos «em risco», tendo sido demonstrado ser superior, de vários modos, ao exame clínico, na detecção e prognóstico de disfunções cerebrais (Lombroso 1992).

Pode ser o 1.º teste a revelar crises insuspeitadas ou oferecer chaves sobre a natureza permanente ou transitória das disfunções do sistema nervoso central (SNC) em desenvolvimento. É o único meio de avaliar a função do SNC em recém-nascidos paralizados em respiração artificial. O EEG seriado no período neonatal tem correlações estatisticamente válidas com a evolução a longo prazo.

As técnicas e a semântica adequadas a este grupo etário e a interpretação dos dados são indubitavelmente complexos e, como extensão da electroencefalografia convencional, requerem o domínio desta no que espeita às idades pediátricas, uma vez que se pretende que o recém-nascido, num momento doente, cresça correctamente vigiado.

Nestes dois casos em recém-nascidos com idades concepcionais de cerca de 42 semanas, os EEGs mostraram anomalias múltiplas independentes e em correlação com movimentos anómalos (tremores, clonias, espasmos em flexão, posturas tónicas) e clarificaram os quadros clínicos indiciando o prognóstico.

DOIS CASOS CLÍNICOS DE SÍNDROME DE AICARDI

T. Moreno, E. Roulet, T. Deonna

C. H.U.V.

Reunião do Serviço de Pediatria - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Lausanne, Fevereiro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam dois casos de provável síndrome de Aicardi, com algumas variantes.

O primeiro caso trata-se de uma criança do sexo feminino de 2 anos e 10 meses de idade com agénésia parcial do corpo caloso, epilepsia, microftalmia com lacunas corioretinianas, mas com desenvolvimento psicomotor surpreendentemente bom para o que é habitual neste síndrome.

O segundo caso, uma criança de 2 anos e 3 meses, com agénésia completa do corpo caloso, epilepsia com hemiespasmos com flexão, lacunas corioretinianas, atraso marcado do desenvolvimento psicomotor e malformações várias, a nível vertebral.

ESTADO DE MAL DE AUSÊNCIAS DE DURAÇÃO INDETERMINADA

T. Moreno, V. Davidoff, T. Dconna

Reunião do Serviço de Pediatria - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Lausanne. Março 1995.

RESUMO: Os autores apresentam um caso de uma criança de 9 anos de idade, com várias ausências por minuto, referidas pelo pai desde há pelo menos 6 meses, desconhecendo-se a situação anterior a esta data. Trata-se de uma criança com atraso cognitivo e graves dificuldades escolares, considerada como autista, durante anos.

Faz electroencefalograma de urgência que mostra actividade continua de ponta-onda a 3 c/s. No internamento são avaliadas as capacidades cognitivas e aplicados alguns testes simples de forma repetida, objectivando-se alguma flutuação das suas capacidades e tornando-se o ponto de partida para futuras avaliações, após o início da terapêutica e controle das crises. Apresentam-se igualmente registos vídeo das crises e das actividades diárias desta criança durante o internamento.

CEGUEIRA PROLONGADA DE ORIGEM EPILEPTICA NUMA CRIANÇA DE 4 ANOS

T. Moreno, B. Roulet, M. Maeder, T. Deonna

Tagung der Schweizerischen Neuropadiater in der Kinderklinik kantonsspital Bruderholz
Basileia, Abril 1995.

RESUMO: Os autores apresentam um caso de uma criança de 4 anos de idade, do sexo feminino, seguida em Neurologia por tetraparésia secundária a traumatismo medular perinatal e epilepsia. Durante algumas semanas apresentou episódios de cegueira, com preservação da consciência e sem manifestações motoras, que surgiam de forma paroxística. Internada durante este período, foi possível documentar este déficit sensorial, nomeadamente com documentação da actividade electroencefalográfica durante as crises, que duravam entre alguns minutos e várias horas. Foi igualmente possível objectivar a conservação de algumas funções visuais, nomeadamente as cores ou as formas. Esta dissociação não foi constante em todos os episódios críticos. Esta rara manifestação de epilepsia, desapareceu após instituição de medicação com carbamazepina em doses terapêuticas.

ALONGAMENTO DOS MEMBROS EM DISMETRIA PÓS TRAUMÁTICA

R. Alves

Departamento de Cirurgia Pediátrica - Hospital de Dona Estefânia

Sessão Clínica do Serviço 9 - Ortopedia e Traumatologia

Hospital de S. Lázaro, Hospital de S. José

Lisboa. Janeiro 1995.

RESUMO: O Autor aborda em primeiro lugar, numa perspectiva histórica, o conceito de alongamento dos membros desde o início do século. Passa em revista os diversos métodos de distração óssea de modo contínuo ou rítmico com o doente imobilizado até ao conceito recente de distração do calo - calotaxis - permitindo a mobilização do doente.

Seguidamente, descrevem-se as indicações formais para alongamento cirúrgico dos membros face à história natural da doença, à expectativa do doente ou dos familiares, à antecipação dos resultados e às limitações da própria cirurgia.

Por último, comentam-se quatro casos clínicos tratados no Departamento de Cirurgia do nosso Hospital. Dois casos de dismetria dos membros superiores por epifisiodese pós-traumática do rádio tratados por meio de alongamento utilizando o aparelho de Orthofix. Dois outros casos de dismetria dos membros inferiores por epifisiodese distal da tíbia pós fractura tratados por meio de alongamento com aparelho de Ilizarov.

DOENÇA DE CROHN COMPLICADA EM IDADE PEDIÁTRICA

P. Casela, R. Maio, F. Alves, J. Cabral.

Departamento de Cirurgia - Sector de Cirurgia Geral e Neonatal do Hospital de Dona Estefânia
Unidade de Gastroenterologia do H.D.F.

IX Reunião Anual de gastroenterologia e Nutrição Pediátrica da S.P.P.

Viana do Castelo. Fevereiro 1995.

Palavras-chave: Doença de Crohn; Estricturoplastias

RESUMO: Apresentamos o caso clínico de uma criança de 12 anos portadora de doença de Crohn complicada (fístula ileo-sigmoideia, abscesso da parede e estenoses ileais múltiplas) em que a abordagem multidisciplinar com terapêutica combinada de imunossupressão, cirurgia de derivação e programa de nutrição assistida (entérica e parentérica), permitiu a correção cirúrgica electiva das manifestações ileo-cólicas da doença, utilizando estricturoplastias múltiplas e resecção limitada.

Esta abordagem, que constitui o padrão nos doentes portadores de doença de Crohn na idade adulta e representa uma inovação em doentes pediátricos, permitiu o restabelecimento do trânsito intestinal com conservação do máximo possível de área de absorção, obtendo com um mínimo de morbilidade, uma excelente qualidade de vida.

TRATAMENTO CONSERVADOR NO TUMOR DE WILMS

A. Gentil-Martins

Hospital de Dona Estefânia - Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil

Conferência feita a convite, no Congresso Europeu de Urologia

Toledo. Março 1995.

RESUMO: O trabalho refere os avanços no diagnóstico e terapêutica dos Nefroblastomas (tumores de Wilms), nomeadamente a determinação dos grupos de risco, o progresso das ciências da imagem e sobretudo os progressos da quimioterapia.

Realça que a qualidade de vida passa a ser preocupação fundamental para além da simples sobrevivência, assim mais ainda se justificando a preocupação pela cirurgia conservadora (nephrectomias parciais) nos tumores renais da criança.

Essa técnica tem de há muito sido usada em tumores bilaterais e é igualmente aceite para os tumores dos ossos e das partes moles, mas só agora começa a ser parcialmente aceite para o nefroblastoma, nomeadamente desde o trabalho que apresentámos no Congresso da SIOP, em Berne, em 1984.

No trabalho pretendeu-se responder a três questões fundamentais: 1) Se tal cirurgia conservadora é possível? 2) Se sendo possível deve ser efectuada? 3) A ser efectuada, como deve sê-lo?

1) Que é possível é um facto, sobretudo com o auxílio da quimioterapia pré-operatória, já proposta por nós, em 1969, no I Congresso da SIOP, em Madrid.

2) Se deve ser feita é também um facto, já que não há aumento da incidência de recidiva local, único verdadeiro contra-argumento válido.

3) Finalmente, é indicado como deve ser feita, dando-se preferência à cirurgia feita em tecido são, com o rim «in situ», em oposição à enucleação ou à «cirurgia de banco».

Os resultados obtidos em 15 tumores unilaterais, 13 dos quais com mais de dois anos de sobrevivência (sem recidiva), após a terapêutica, demonstram o valor desta orientação, que deve ser recomendada sempre que tecnicamente viável.

Termina-se frisando que este tipo de cirurgia deve apenas ser executado por cirurgiões treinados em cirurgia renal conservadora e com bons conhecimentos e experiência de Oncologia Pediátrica Cirúrgica.

ESPINHA BIFÍDA — O seu tratamento

A. Gentil-Martins

Hospital D. Estefânia

Conferência - «Reunião sobre Espinha Bifida».

Hospital Maria Pia. Porto - Junho 1995.

RESUMO: O trabalho inicia-se pela descrição e caracterização da lesão e pela referência à sua prevenção através da administração de folatos e complexo B, possível nos casos de gravidez programada e sobretudo importante em grupos de alto risco.

É apresentada a técnica usada para a correcção cirúrgica da malformação, que deve ser efectuada tão precocemente quanto possível, dado essa precocidade permitir os melhores resultados funcionais e evitar ao máximo as possíveis complicações, nomeadamente a meningite.

É feita uma análise breve relacionando a localização das lesões com as sequelas neurológicas e descreve-se depois a técnica cirúrgica utilizada.

A cirurgia inicia-se pelo desenho dos futuros retalhos cutâneos, seguindo-se a incisão da pele adjacente à aracnoideia, procurando preservar a placa neural intacta.

A duramater é depois incisada, isolando-se de forma a permitir que seja depois reconstruída como estrutura tubular.

Considera-se essencial a laminectomia de duas vertébras imediatamente acima da lesão, para pôr a coberto de um eventual «Síndrome de medula fixada».

Criam-se dois retalhos rectangulares longitudinais na fascía lombo-dorsal de cada lado, que serão unidos depois na linha média e cobertos com os retalhos cutâneos previamente delineados. Estes são retalhos de rotação, com pequenos triângulos de compensação, laterais.

Friza-se a importância do controlo do perímetro cefálico e da tensão na fontanela anterior, para além do uso da Ecografia transfontanelar (com medição da espessura do cortex e das dimensões dos ventrículos), com a finalidade de avaliar o grau de hidrocefalia e a eventual necessidade de uma terapêutica cirúrgica complementar (derivação ventriculo-peritoneal).

TÉCNICAS DE SUPORTE NUTRICIONAL

P. Casella, José Cabral

Departamento de Cirurgia - Sector de Cirurgia Geral e neonatal do HDE.

Unidade de Gastrenterologia do HDE

Reunião do Hospital de Crianças Maria Pia «Qualidade de Vida na Doença Crónica»

Paralisia Cerebral - Intervenção da Cirurgia. Porto. Junho 1995.

Palavras-chave: Suporte Nutricional; Gastrostomia Percutânea Endoscópica.

RESUMO: Na maioria das doenças crónicas um normal estado de nutrição constitui um dos suportes fundamentais da melhoria da qualidade de vida do doente. Nestes doentes, o suporte nutricional deve ter como objectivos:

- Melhorar a qualidade de vida
- Corrigir e prevenir a mal nutrição
- Prevenir as complicações
- Conter os custos

Os métodos e as técnicas a utilizar dependem da duração previsível do suporte nutricional do doente.

Foram discutidas as indicações das diversas técnicas de suporte nutricional, quer agudo (sonda nasogástrica e naso duodenal) quer crónico (gastrostomia com botão e jejunostomia) salientando-se as vantagens que apresenta a técnica da gastrostomia percutânea endoscópica.

Foi apresentada e discutida a experiência dos autores no uso desta técnica ao longo dos últimos 2 anos.

CORRECÇÃO DE DEFETOS DA PAREDE ABDOMINAL COM PRÓTESE — A propósito de dois casos clínicos

R. Alves, J. Magalhães

Departamento de Cirurgia Pediátrica do H. D. Estefânia

V Reunião da Associação dos Pediatras do Hospital D. Estefânia

Lisboa, Junho 1995.

RESUMO: Os autores apresentam dois casos clínicos de correcção de defeitos congénitos da parede abdominal com a utilização de próteses de natureza diversa.

No primeiro caso, comenta-se um RN do sexo feminino com o diagnóstico de Gastrosquisis volumosa Lefort II sem outras malformações associadas. Realizou-se encerramento primário do defeito com a colocação de uma prótese de dura-mater liofilizada em patch de 6x5 cm fixada ao plano aponevrótico.

No pós-operatório verificou-se ausência de compromisso hemodinâmico e ventilatório. Foi colocado um caléter de Broviac para alimentação parentérica total. Teve alta ao 38.º dia de vida sem complicações.

No segundo caso, apresenta-se uma sequela de encerramento primário de onfalocelo major realizado em 1987 no nosso hospital. A doente, actualmente com 8 anos, foi internada no Serviço de Urgência do HDE com quadro de sub-oclusão intestinal e eventração paramediana direita. Foi intervençionada devido ao agravamento do estado oclusivo, tendo sido feita a lise de múltiplas bridas e aderências, lise da fusão mesentérica e a bipartição do mesentério. Como correcção do defeito da parede, foi colocada uma prótese de P.T.F.E. com 15x8 cm fixada ao aponevrótico para rectal direito. O pós-operatório imediato decorreu sem complicações.

UNE NOUVELLE APPROCHE DANS LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES TUMEURS DU VAGIN CHEZ L'ENFANT

A. Gentil-Martins, M. España

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e Hospital D. Estefânia

II Jornadas Luso-Argelinas de Cirurgia Pediátrica.

Lisboa, Agosto 1995.

RESUMO: Les auteurs presentent une nouvelle approche pour le traitement conservateur des tumeurs de la paroi vaginal chez l'enfant.

Après les examens adéquats, la voie sagittale postérieure, avec déplacement latéral du rectum après incision longitudinal du «complexe musculaire», permet un accès privilégié à toute la paroi vaginal postérieure.

Le vagin peut alors être, totalement ou partiellement, ouvert postérieurement, exposant la tumeur qui peut être approchée sous vision directe (après avoir catheterisé l'urètre pour éviter qu'elle soit endommagée).

Après resection de la tumeur, la paroi vaginal peut être suturé directement si la plaie restante est petite ou être laissée ouverte, pour cicatrizer par seconde intention, si elle est trop large. Dans ce cas un moule en éponge, envelopé par un preservatif, sera laissé en place pendant plusieurs jours.

L'incision initial de la paroi postérieure du vagin est suturé, le rectum remis dedans le complexe musculaire dont l'ouverture postérieure est suturé et finalement la plaie restante est suturée par couches séparées.

Polietilenglicol est utilisé, en pré-operatoire, pour la preparation intestinal, aussi bien que des antibiotiques par voie orale. Dans le post-operatoire on utilise cefoxitine pendant cinq jours.

Comme exemple, on present le cas d'une fillete âgée de deux ans, caucasienne, avec un rhabdomyosarcome du vagin.

Après quatre semaines de chemiotherapie pré-operatoire avec Actinomycine D, Vincristine et Ciclofosfamida, à l'acte operatoire on n'a trouvé que deux petites lesions residuelles, l'une et l'autre a la paroi posterolateral du tiers moyen du vagin et qui ont été facilement enlevées. La recuperation post-operatoire n'a pas posé de problemes et la fillete est sortie de l'hôpital au dixième jour.

Conclusion: La voie sagittale postérieure avec déplacement latéral du rectum permet une excellente exposition pour l'abordage des tumeurs du vagin, permettant une chirurgie conservatrice de toute autre façon impossible, avec preservation de la fertilité, d'une fonction sexuelle normale, de la continence sfinctérienne et une cicatrice pratiquement invisible.

DES, ADENOCARCINOME, HISTEROCOLPECTOMIE ET RECONSTRUCTION VAGINAL IMMEDIATE

A. Gentil-Martins, M. Sousinha, M. España
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Hospital D. Estefânia
II Jornadas Luso-Argelinas de Cirurgia Pediátrica.
Lisboa. Agosto 1995.

RESUMO: Les auteurs discutent les indications thérapeutiques dans les cas d'adenocarcinome vaginal et du col de l'utérus qui apparaissent en adolescentes, filles de mères qui ont subi un traitement au diethylstilbestrol dans le but d'éviter l'avortement dans une fase precoce de la grossesse. Ils montrent leur méthode de reconstruction vaginal immediate.

Comme exemple, le cas d'une jeune fille de 13 ans, caucasienne, qui a développée un adenocarcinome de cellules claires du vagin et du col de l'uterus, est présenté.

Ayant des lésions multifocales (parois vaginales anterior et posterior et col de l'uterus) elle fut traité par histerocolpectomie.

La reconstruction immediate du vagin en utilisant des lambeaux des petites lèvres à été réalisée. Dans cette technique on utilise la totalité des petites lèvres que sont dedoublées, dépliées et rodées postérieurement, devenant dès lambeaux pédiculés lateraux. Les lambeaux sont suturés ensemble et enfuits par invagination dans la cavité à surface sanglante conséquence à la colpectomie radical. Un moule en éponge, envelopée par un preservatif, a été maintenue en place pendant plusieurs semaines, étant changé selon besoin.

Les lambeaux sont très bien vascularisés, moux extensibles, non retractiles et la region donneuse, le periné, reste pratiquement sans cicatrices visibles. La perte de sang est negligable, le temps operatoire court et on n'apas besion d'ouvrir l'abdomen ou d'utiliser l'intestin. Quoique simple dans sa conception, la technique demande gentillesse et précision, surtout dans l'obtention des lambeaux.

Conclusion: la chirurgie est le traitement de choix de l'adenocarcinome de celules claires du vagin et col de l'uterus. L'histerocolpectomie avec reconstruction vaginal immediate, utilisant des lambeaux de petites lèvres, commee il a été decrit, donne d'excelents résultats fonctionels, avec un vagin de taille adequate et un aspect perineal pratiquement normal.

CHIRURGIE CONSERVATRICE DES TUMEURS DES OS, AVEC GREFFE IMMEDIAT - L'OPERATION DU TREPIED.

A. Gentil-Martins, M. Sousinha, M. España
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Hospital D. Estefânia
II Jornadas Luso-Argelinas de Cirurgia Pediátrica. Lisboa. Agosto 1995.
International Society of Paediatric Oncology (SIOP) XXVIIth Meeting.
Montevideo. Outubro 1995.

RESUMO: Les auteurs presentent une nouvelle technique pour la reconstruction osseuse de la diaphyse femorale, après ressection de tumeurs malignes.

Le remplacement de l'os par des protheses croissantes, associé à la chimiotherapie, est considéré le traitement de choix pour les tumeurs malignes des os du membre inferieur, chez les enfants. Cependant, quand ces protheses ne sont pas accessibles il faut utiliser des méthodes alternatives.

Si la RMN ou le Scanner montrent qu'il n'y a pas des lesions au niveau de l'épiphyse, la tumeur est enlevée en utilisant une incision inférieure juste en dessous du plateau epiphysaire inferieur. Une gréffe triple (Trépied) est interposé entre la partie inférieure de la diaphyse femorale restante et l'épiphyse femoral inferieure.

Les gréffes sont obtenues, une de la paroi anterointerne du tibia et les deux autres en sectionnant longitudinalement un segment de peronée (tous du côté homolateral).

L'immobilization des segments restants du femur, qui vont recevoir la gréffe, est obtenue à l'aide d'un appareil «monotube», en plaçant deux ou trois vis verticaux du côté superieur et deux ou trois vis horizontaux du côté epiphysaire. L'appareil est maintenue jusqu'à la guérison sure et stable. On peut lever et faire marcher le malade beaucoup plus précocement qu'en utilisant une immobilization par plâtre.

Kinésithérapie est initié aussitôt que possible et le malade pourra iniciar la marche, généralement, dans un mois. Dans l'absence de métastases ou recidive locale on pourra corriger, plus tard, une éventuelle dismetrie.

Conclusion: la technique présentée peut être utilisée dans des cas selectionés, en alternative aux protheses croissantes, si celles-ci ne sont pas disponibles ou même par option. C'est bon marché, sûr, stable et permettant une raisonnable mobilité du genou si la reabilitatiton est precoce et adéquate. A long terme, on peut s'attendre à beaucoup moins de complications que si l'on avait eut recours a une prothese metalique croissante. Une fois les gréffes bien integrées, on n'aura plus de problèmes.

RECONSTRUCTION TOTAL DANS L'EXTROPHIE VESICAL (SEXE FEMININ)

A. Gentil-Martins, M. España
Clínica de S. Lucas, Lisboa
II Jornadas Luso-Argelinas de Cirurgia Pediátrica.
Lisboa. Agosto 1995.

RESUMO: Le video decrite la technique utilisée pour la reconstruction total de la vessie, dans un seul temps, a un nouveau-né caucasien, du sexe féminin, souffrant d'extrophie vesical.

L'urètre est aussi reconstruite dans le même temps opératoire, la période neo-natal étant considérée comme le moment idéal pour ce type de reconstruction.

La vessie est complètement libérée des tissus voisins, tout au long de la zone de transition entre peau et muqueuse vesical et uretral.

Une osteotomie bi-iliac posterieure est toujours réalisée, en étant sure qu'elle soit complete, pour que les branches pubienes puissent venir anterieurement, en contact, sans tension.

Au col vesical on utilise la méthode de Young-Dees pour allonger l'urètre et la plaie opératoire est fermée en trois plans, laissant un catheter de silicone sortant du dôme vesical, au niveau de l'ombilic, que est simultanément reconstruit.

En prend soin de maintenir un canal uréteral suffisamment large et de renforcer la zone du col vesical avec la musculature local. On termine en montrant une cistourétrographie miccionelle prise 2 ans après l'intervention et qui démontre une morfologie pratiquement normale.

QUISTO HIDÁTICO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

F. Pereira, A. Lucas, H. Sá-Couto
II Jornadas Luso-Argelinas de Cirurgia Pediátrica.
Lisboa. Agosto 1995.

RESUMO: Os autores fazem o estudo retrospectivo de 16 crianças internadas no Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia, durante dez anos, de 1 de Janeiro de 1985 a 31 de Dezembro de 1994.

Neste trabalho foram analisados: a idade, o sexo, o local de residência, os antecedentes pessoais e familiares, as manifestações clínicas, os exames complementares de diagnóstico, a terapêutica médica e cirúrgica, a duração do internamento, as complicações e o follow-up.

A idade das crianças varia de 2 a 14 anos. Com predomínio do sexo masculino. A localização do quisto hidático foi: 10 no pulmão e 9 no fígado; 2 crianças apresentavam quistos com localização múltipla: uma no pulmão direito e no esquerdo e outra no pulmão esquerdo e no fígado.

Os autores comparam os parâmetros encontrados com outras séries publicadas.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO VARICOCELO EM IDADE PEDIÁTRICA

A. Lucas, A. Sousa-Santos

II Jornadas Luso-Argelinas de Cirurgia Pediátrica.

Lisboa. Agosto 1995.

RESUMO: Nos últimos anos, o tratamento do varicocele em idade pediátrica ganhou particular importância, devido à evidência clínica e experimental de atrofia testicular e alterações histológicas em cerca de 50% dos testículos homolaterais ao varicocele e muitas vezes no contralateral. Estas alterações são progressivas e sobreponíveis às encontradas em adultos inférteis com varicocele.

Os autores fizeram o estudo retrospectivo de 41 crianças e adolescentes com varicocele que recorreram à Consulta de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia entre 1 de Janeiro de 1990 e 31 de Dezembro de 1994.

O motivo de consulta foi em quase todos os casos a existência de uma massa escrotal. As idades estavam compreendidas entre os 5 e os 15 anos, com média etária de 11,9 anos. O varicocele era à esquerda em 39 doentes, num era bilateral e em um outro à direita. Em todos os casos tratavam-se de varicoceles primários, mais frequentemente (57%) do grau II. Foram feitas 40 varicocelectomias, 31 (79,5%) pela técnica de Ivanisevic. Quatro varicoceles recidivaram (10%).

Os autores comentam os seus resultados e tecem algumas considerações sobre a atitude cirúrgica perante um varicocele diagnosticado em idade pediátrica.

TRANSFERÊNCIA DE CRIANÇAS DOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA

A. Lucas, F. Pereira, J. Pascoal, M. Leal
II Jornadas Luso Argelinas de Cirurgia Pediátrica
Lisboa, Agosto 1995.

RESUMO: Os autores analisaram retrospectivamente os processos das crianças enviadas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) para o Hospital de Dona Estefânia, ao abrigo dos Acordos de Cooperação na área da Saúde, para crianças com patologias para as quais tenham sido esgotados os recursos de diagnóstico e tratamento nos países de origem, durante o período de 1 de janeiro de 1989 a 31 de Dezembro de 1994.

Foram efectuadas 62 transferências: 15 provenientes de Angola, 21 de Cabo Verde, 18 da Guiné-Bissau, e 8 de S. Tomé e Príncipe.

Neste trabalho foram analisados o sexo, a idade, a raça, o diagnóstico inicial e o definitivo, a duração do internamento, os exames complementares de diagnóstico, as terapêuticas instituídas e o follow-up.

As patologias são muito variadas com distribuição pela ortopedia (15 doentes), urologia (8 doentes), patologia digestiva (16 doentes), cirurgia plástica e reconstrutiva (14 doentes) e patologia tumoral (5 doentes); 26 crianças (42%) apresentavam patologia congénita.

A duração dos internamentos foi muito mais prolongada do que a das crianças portuguesas com patologia sobreponível.

DEFEITOS DA PAREDE ABDOMINAL. Experiência de 10 anos (1985-1994)

P. Casella, F. Alves, R. Alves, M. Novais, M. Scrella

Departamento de Cirurgia Pediátrica - Sec. Cirurgia Geral e Neonatal do HDE

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE

II Jornadas Luso-Argelinas de Cirurgia Pediátrica. Lisboa. Agosto 1995.

1.ª Reunião Temática de Cirurgia Pediátrica. Coimbra. Novembro 1995.

Palavras-chave: Onfalocelo; Gastrosquisis

RESUMO: Objectivos: análise da experiência institucional no tratamento dos doentes portadores de defeitos da parede abdominal.

Material e Métodos: Aplicação de um protocolo uniforme na análise dos processos clínicos de 56 casos de defeitos da parede abdominal admitidos na UCIN durante o período de 10 anos (1985-1994). Avaliação dos resultados obtidos através do controle clínico dos sobreviventes.

Resultados: Os 56 casos distribuíram-se por 18 gastrosquisis (Lefort I 61,4% e Lefort II 38,6%) e 38 onfalocelos (Major 55,3% e Minor 44,7%), tendo-se verificado um aumento significativo da incidência anual de gastrosquisis.

50% dos casos de onfalocelo apresentavam malformações major associadas.

A idade materna apresenta uma diferença significativa ($p < 0.05$) entre os dois grupos em estudo.

A correcção cirúrgica foi realizada em 52 casos, tendo-se optado na maioria dos mesmos pelo encerramento primário com ou sem uso de prótese.

No post-operatório a maioria dos doentes foi submetida a ventilação mecânica e nutrição parentérica total, sendo a sua duração mais prolongada no grupo de gastrosquisis.

A mortalidade corrigida foi de 11,1% para o grupo das gastrosquisis e de 31,5% para os onfalocelos.

O internamento médio foi de 17,1 dias para as gastrosquisis e de 10,0 dias para os onfalocelos ($p < 0,05$).

Os dados desta série permitem concluir que não se verificou um agravamento da mortalidade relacionável com o aumento da incidência destas malformações.

ATRÉSIA DO ESÓFAGO — Experiência de 10 anos (1984-1993)

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

Sec. Cirurgia Geral e Neonatal e UCIN - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

II Jornadas Luso-Algerianas de Cirurgia Pediátrica. Lisboa. Agosto 1995

1.ª Reunião Temática Cirúrgica Pediátrica - Coimbra. Novembro 1995.

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

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

Resultados: Em 59 casos foi encontrada atresia proximal com fístula distal, em 5 casos atresia sem fístula e em 2 casos fístula sem atresia. A distribuição dos casos pelas classes prognósticas de Waterston e a mortalidade encontrada para cada uma delas é representada no quadro seguinte:

| Classes | N.º de 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.

Em 53 casos procedeu-se a anastomose primária nas primeiras 36 horas de vida, tendo-se optado 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. O controle gastroenterológico, precoce e a longo prazo de 32 casos dos 46 sobreviventes revelou uma incidência de estenose moderada da anastomose em 90% dos casos. Estas estenoses, não correlacionáveis com o tipo de material de sutura utilizado, foram tratadas com 2 sessões de dilatação esofágica, em média. A comparação dos dados desta série com os resultados de duas revisões anteriores, evidencia uma melhoria significativa quanto à morbidade e mortalidade.

ÍNDICES PROGNÓSTICOS E DE GRAVIDADE EM DOENTES CIRÚRGICOS PEDIÁTRICOS

C. Vasconcelos, D. Barata, A. Marques, J. Estrada, L. Nóbrega, F. Alves, C. Borges, P. Casella
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do HDE

Serviço de Anestesia do HDE

Departamento de Cirurgia Pediátrica - Sector de Cirurgia Geral e Neonatal do HDE

Curso Post-Graduado «Prognóstico e Decisão em Cirurgia». Lisboa. Outubro 1995

RESUMO: Objectivos: Analisar a população de doentes cirúrgicos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital D. Estefânia durante um período de 1991 a 1993 ensaiando uma caracterização do seu prognóstico através da utilização de índices pré, intra e post-operatórios.

Material e métodos:

Estudaram-se retrospectivamente os processos de todos os doentes operados no HDE durante o período definido e cujo post-operatório decorreu na UCIP tendo utilizado o índice ASA como índice de risco pré-operatório, o Surgical Stress Score (SSS) como indicador da magnitude da agressão cirúrgica, o PRISM como indicador de estabilidade fisiológica do imediato post-operatório no momento da admissão na UCIP e avaliámos a magnitude da intervenção terapêutica pelo índice TISS.

Resultados:

O estudo incidiu sobre 139 doentes que representaram 12.3% das admissões na UCIP, dos quais 89 por cirurgias electivas e 42 cirurgia urgente. Foram excluídos da análise dos resultados 8 casos de doentes politraumatizados admitidos na UCIP que não foram submetidos a intervenção cirúrgica.

A média de TISS nestes doentes foi de 19.2 ± 10.6 , sendo significativamente mais alta do que nos doentes médicos. Houve uma relação entre as classes altas do ASA e do SSS e as classes mais altas de TISS e PRISM.

A mortalidade (8 doentes - 6.1%) ocorreu nas classes mais altas de ASA, SSS e PRISM.

Apesar da exiguidade da amostra em estudo, globalmente consideramos que a conjugação dos três índices (ASA, SSS, PRISM) permite melhorar a caracterização do prognóstico nos doentes cirúrgicos pediátricos.

«FETUS IN FETU HETEROPAGO PIGOPAGO VERSUS TERATOMA DIFERENCIADO»

R. Alves, M. España, J. Magalhães
Serviço 4 - Hospital D. Estefânia
1.ª Reunião Temática Cirúrgica Pediátrica
Coimbra. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam um caso de feto in fetu heteropago pigopago em RN do sexo feminino (feto A) com feto B inviável polimalformado (anencefalia, facomelia, extrofia de bexiga, L.C.A. bilateral e pé equinovarus bilateral), fruto de gravidez vigiada, de termo, múltipara cujo diagnóstico ecográfico pré-natal foi de teratoma sacrococcígeo.

O RN foi operado no 3.º dia de vida após estudo imagiológico tendo sido feita separação dos fetos por abordagem lombosagrada com reconstrução anorrectal por anorrectoplastia sagital posterior.

Os autores discutem, para finalizar, o diagnóstico diferencial entre feto in fetu e teratoma trigerminar diferenciado de acordo com os critérios de classificação histomorfológicos internacionalmente aceites.

URGÊNCIA NEONATAL POR SÍNDROME DE COMPRESSÃO DA VEIA CAVA SUPERIOR

C. Borges, H. Sá-Couto, A. Gentil-Martins
Sec. Cirurgia Geral e Neonatal - Hospital de D. Estefânia.
1.ª Reunião Temática Cirurgia Pediátrica
Coimbra. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam o caso clínico de um RN de termo que inicia dificuldade respiratória após o nascimento, requerendo muito precocemente ventilação mecânica.

O RX de tórax era sugestivo de massa tumoral do mediastino e o diagnóstico foi confirmado pela TAC torácica.

A associação de um síndrome de compressão da veia cava superior foi decisiva para a esternotomia de urgência ao 7.º dia de vida.

ABCESSO DOS MÚSCULOS PSOAS E ILÍACO NO RECEM-NASCIDO

— Caso clínico

A. Lucas, J. Pascoal, A. Sousa-Santos

Departamento de Cirurgia - Hospital D. Estefânia

1.ª Reunião Temática Cirurgia Pediátrica. Coimbra. Novembro 1995

RESUMO: O abcesso do psoas com ou sem abcesso do ilíaco é uma entidade clínica rara no período neonatal; na literatura mundial encontramos 8 casos publicados.

Os autores apresentam o caso clínico de um RN de 17 dias de vida, do sexo masculino com abcesso diopático dos músculos psoas e ilíaco à direita.

Observámos um RN com choro à manipulação do membro inferior direito nas últimas 24 horas, com a coxa em abdução e flexão, com tumefacção, edema, calor e rubor da região inguinal direita. O restante exame objectivo era normal.

A ecografia inguinal revelou «... imagem para-articular anterior e interna a nível da articulação coxo-femural direita, com topografia sobreponível ao músculo psoas homolateral». Na tomografia axial computadorizada observou-se «... extensa lesão de tipo abcesso ao longo dos músculos psoas e ilíaco à direita».

Foi feita drenagem cirúrgica do abcesso por via inguinal e terapêutica endovenosa com flucloxacilina e Cefotaxime durante 15 dias. No exame bacteriológico do pús isolou-se um *Staphylococcus aureus*. As hemoculturas foram negativas.

Ao 28.º dia, pós-drenagem cirúrgica, foi efectuada TAC de controle; «...no presente exame não tem expressão a lesão anteriormente observada a nível da região dos músculos psoas e ilíaco direitos».

Com follow-up de 3 meses o lactente encontra-se assintomático e sem sequelas.

ENCERRAMENTO PRIMÁRIO DE GASTROSQUISIS GIGANTE LEFORT II COM PRÓTESE DE DURA MATER

R. Alves, J. Magalhães

Serviço 4 - Hospital de D. Estefânia.

1.ª Reunião Temática Cirurgia Pediátrica, Coimbra, Novembro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam um caso de gastrosquisis gigante Lefort II, em RN do sexo feminino, GI/PI em gravidez não vigiada de termo com parto cutócico cefálico realizado em hospital de periferia e enviado para o nosso hospital.

O RN era AIG apresentava um índice de APGAR de 8/10, sem evidência de outras malformações associadas.

Às dez horas de vida realizou-se encerramento primário após estiramento da parede com posterior colocação de prótese de Dura-Mater liofilizada. No pós-operatório imediato verificou-se ausência de compromisso hemodinâmico e ventilatório, tendo sido colocado um catéter de Broviac para alimentação parentérica total.

Verificou-se início de trânsito intestinal ao quinto dia de vida, tendo alta ao 38.º dia sem complicações cirúrgicas. O follow-up de 12 meses demonstrou um bom resultado estético e funcional.

ABORDAGEM CIRÚRGICA NA ENTEROCOLITE NECROZANTE — Casuística de 5 anos

C. Borges, P. Casella, H. Sá-Couto, M. Serelha, J. Videira-Amaral
Sec. de Cirurgia Geral e Neonatal e UCIN - Hospital D. Estefânia - Lisboa
1.ª Reunião Temática Cirurgia Pediátrica. Coimbra. Novembro 1995.

RESUMO: Objectivo: avaliar a experiência institucional no tratamento cirúrgico da NEC e os resultados obtidos a longo prazo.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos de todos os casos de NEC observados na UCI Neonatais do HDE no período de Janeiro de 1990 a Dezembro de 1994 e avaliação clínica dos sobreviventes.

Na classificação das formas de NEC foram utilizados os critérios de Bell (1986).

Resultados: Durante este período foram diagnosticados 34 casos de NEC dos quais 13 (38%) foram submetidos a cirurgia, tendo havido 7 NEC III-A; 5 NEC III-B e 1 caso de NEC II-A com estenose cólica precoce post-tratamento médico.

A série apresenta 9 casos em RN pré-termo dos quais 3 eram de muito baixo peso.

Em 6 casos (apenas 2 pré-termo) a cirurgia foi realizada entre as 48-72 horas de vida e nos restantes (todos pré-termo) após o 10.º dia de vida.

A cirurgia implicou ressecção em 12 casos; num caso a opção cirúrgica foi de derivação intestinal devido à catástrofe abdominal. A mortalidade precoce da série foi de 30,7%.

Conclusões: Na NEC complicada do RN a maior sobrevida depende de uma cirurgia precoce e associada, sempre que possível, à ressecção intestinal dos tecidos necrosados. As colectomias subtotais no RN são bem toleradas permitindo um bom desenvolvimento estaturponderal antes e após o restabelecimento do trânsito intestinal.

CIRURGIA DO R.N. DE MUITO BAIXO PESO (1988-1994)

P. Casela, F. Alves, C. Borges

Sec. Cirurgia Geral e Neonatal - Hospital D. Estefânia.

1.ª Reunião Temática Cirurgia Pediátrica. Coimbra. Novembro 1995.

RESUMO: Objectivos: Análise da experiência institucional no tratamento cirúrgico de Recém-Nascidos de muito baixo peso (RNMBP).

Material e métodos: Aplicação de um protocolo uniforme na análise dos processos clínicos de 18 RNMBP cirúrgicos admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), durante o período de 6 anos (1988-1994). Avaliação dos resultados obtidos através do controle clínico dos sobreviventes.

Resultados: Os 18 casos distribuíram-se por 12 RN de peso $>000 < 1499$ gr ($\mu=1200$ gr) e 6 com peso <1000 ($\mu=830$ gr), excluindo desta casuística 9 casos submetidos a cirurgia menor (herniorrafias, acessos vasculares).

A idade materna média foi de 25,8 anos (18-34) e a paridade 2,3 (1-5), a relação F/M foi de 11/7, sendo 15 de raça branca e 3 de raça negra, 8 dos casos provenientes do nosso Hospital e os restantes 10 transferidos de outras maternidades.

A mediana da idade de internamento foi no 1.º dia de vida variando entre o 1.º e o 34.º dia. A distribuição por patologias foi a seguinte:

| | |
|-------------------------------|---|
| Enterocolite necrosante (NEC) | 4 |
| Ileus Meconial Complicado | 4 |
| Defeito da Parede Abdominal | 4 |
| Atrésia do T. Digestivo | 4 |
| Volvo do Intestino Médio | 1 |
| Apendicite | 1 |

A idade operatória média foi de 9,3 dias (1-40) e de 19,5 dias para os casos de NEC. A cirurgia definitiva foi apenas possível em 30% dos sobreviventes.

Observou-se uma taxa de reintervenções cirúrgicas de 27,7% sendo a oclusão intestinal a sua principal causa. Abaixo dos 1000 gr a mortalidade foi de 83% e acima dos 1000 gr foi de 30%. O internamento médio na UCIN foi de 41 dias (1-167).

ENCERRAMENTO PRIMÁRIO DE ONFALOCELO MAJOR COM PRÓTESE DE PTFE

P. Casella, C. Borges, F. Alves, R. Alves, S. Mota
Sec. Cirurgia Geral e Neonatal - Hospital D. Estefânia - Lisboa
1.ª Reunião Temática Cirurgia Pediátrica. Coimbra. Novembro 1995.

RESUMO: A evolução do tratamento cirúrgico dos exofalos tem procurado diminuir a morbilidade e mortalidades resultantes do tratamento clássico com próteses externas (técnica de Schuster), procedendo mesmo, nos casos mais graves, ao encerramento primário do defeito abdominal.

Apresentamos, sob a forma de vídeo, qual a nossa abordagem actual dos exofalos, procedendo ao encerramento primário da parede abdominal com o recurso a uma prótese de PTFE.

Salientamos a importância do diagnóstico ante-natal, procurando excluir malformações associadas, do parto realizado por cesariana electiva e das medidas de suporte perinatais instituídas em UCIN indispensáveis para a obtenção de um bom resultado final.

Demonstramos qual a técnica cirúrgica por nós empregue, que consiste na excisão do saco, ligueação dos vasos umbilicais, tratamento simultâneo da não-rotação intestinal com bipartição do mesentério e lise das bridas de Ladd, aplicação de prótese e encerramento com retalhos cutâneos.

Apresentamos qual a evolução verificada num caso recente.

DOENÇA DE PERTHES

F. Alves

Departamento de Cirurgia Pediátrica, Hospital D. Estefânia

Sessão Clínica do Serviço 9 - Ortopedia e Traumatologia - Hospital de S. José

Dezembro 1995.

RESUMO: A autora faz em primeiro lugar, uma abordagem dos aspectos teóricos desta entidade nosológica.

Seguidamente refere-se a estatística do Departamento de Cirurgia Pediátrica do HDE no período compreendido entre Janeiro de 1992 e Janeiro de 1994.

Foram observados vinte casos de Doença de Perthes, 90% dos doentes pertenciam ao sexo masculino e 10% ao sexo feminino. Todos os doentes eram de raça branca, com uma idade compreendida entre os 2 e os 11 anos.

A primeira observação decorreu na consulta externa em 65% dos casos e no serviço de urgência em 35% dos casos.

A sintomatologia inaugural foi a seguinte:

- Claudicação da marcha em 65% dos casos.
- Coxalgia em 10% dos casos.
- Coxalgia associada a gonalgia e claudicação da marcha em 10% dos casos.
- Coxalgia associada a claudicação da marcha em 5% dos casos.
- Escoliose associada a dismetria dos membros inferiores em 5% dos casos.

O diagnóstico foi em todos os casos radiológico.

O lado esquerdo foi atingido em 45% dos casos.

O lado direito em 25% e a bilateralidade observou-se em 30%.

Os doentes foram classificados segundo Salter-Thompson, observando-se:

- Casos unilaterais:
 - 2 casos Grupo A
 - 12 casos Grupo B
- Casos bilaterais:
 - 5 casos no Grupo A e B
 - 1 caso no Grupo B

Foram submetidos a tracção no leito, num período médio de 3 semanas, 70% dos doentes.

Efectuaram-se Artrografias, no final do período de tracção, em 50% dos doentes.

Foram colocadas Ortoses — Aparelho de Descarga de Atlanta — num período médio de 1, 2 anos em 80% dos doentes.

Efectuou-se tratamento cirúrgico em 25% dos doentes:

- 4 osteotomias de varização
- 1 osteotomia de varização e de desrotação

A idade média operatória foi de 6, 1 anos.

Por último, comentam-se quatro casos clínicos:

— um caso de Doença de Perthes, unilateral do Grupo A de Salter-Thompson, resolvido com tratamento ortopédico (uso de ortose de Atlanta) durante um ano.

— três casos de Doença de Perthes, unilateral do Grupo B de Salter-Thompson, tratados cirurgicamente:

- duas osteotomias de varização
- uma osteotomia de varização e desrotação

A. Lucas, M. Leal

Departamento de Cirurgia Pediátrica - Hospital de D. Estefânia - Lisboa

Acta Médica Portuguesa. 1995

RESUMO: As particularidades anatómicas e fisiopatológicas da Mão e do Pé levam a que as infecções aí localizadas adquiram aspectos específicos. Foram revistos 77 doentes internados e/ou seguidos em consulta externa do Hospital de Dona Estefânia com Infecções da Mão (25) e do Pé (52), no período de janeiro de 1991 a Janeiro de 1994. Foram tratados em ambulatório os doentes com paroniquia (7 da mão e 42 do pé), um doente com polpite da mão e um com celulite do dorso da mão. Os restantes 16 com infecções da mão (64%) e 15 com infecções do pé (29%), foram internados tendo sido tratados com imobilização, elevação da zona afectada e antibioticoterapia endovenosa. Em todos os casos de abscesso foi efectuada drenagem cirurgica, 16 da mão e 22 do pé. Nas infecções da mão não houve sequelas. Nas infecções do pé houve uma osteíte do primeiro metatarso e uma fistula cutânea.

OSTEOMIELOTE CRÓNICA NA CRIANÇA

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

Departamento de Cirurgia Pediátrica - Hospital de D. Estefânia - Lisboa

Revista de Cirurgia Pediátrica. 1995

Palavras-chave: Osteomielite; Crónica; Pediatria.

RESUMO: Os autores procederam à revisão de 13 casos de Osteomielite crónica — seqüela de osteomielite aguda — internados no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia no período de janeiro de 1987 a Janeiro de 1994. Estudaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, raça, proveniência, motivo de internamento, exames complementares de diagnóstico, terapêutica, sua duração, complicações e seqüelas.

Dos 13 doentes, 9 (69%) eram de raça negra e provenientes dos PALOP. A apresentação clínica foi variada e em 5 crianças (38%) atingiu mais do que um osso. Isolou-se agente patogénico em 10 doentes (83%). Todas as crianças fizeram terapêutica antibiótica e 8 (62%) necessitaram de terapêutica cirúrgica. 10 crianças apresentavam seqüelas à data da alta.

LESÕES VASCULARES DA MEDULA APÓS CIRURGIA POR NEUROBLASTOMA TORÁCICO AVANÇADO: uma rara complicação catastrófica

C. Boligno, A. Gentil-Martins, A. Inserra, G. Ciprandi, M. Sousinha
Roma, Itália e Lisboa

Journal of Pediatric Surgery. 1995

Palavras-chave: Neuroblastoma Torácico; Cirurgia; Isquémia da medula espinhal; Infância

RESUMO: São apresentados dois casos de Neuroblastoma Torácico em botão de camisa (NB) que, após cirurgia, se complicaram com isquémia medular ao nível dos seus segmentos torácicos médios. Daí resultou uma paraplegia precoce, permanente. Conhecimento pré-operatório da origem e território da artéria de Adamkiewicz (Artéria Radiculomedullaris magna - ARMM) ou de possíveis vias colaterais para a irrigação da medula espinhal poderá ser útil no planeamento da intervenção cirúrgica a efectuar em crianças com graus avançados de NB Torácico.

SEQUESTRAÇÃO PULMONAR EXTRALOBAR NEONATAL — A propósito de um caso

M. España, A. Gentil-Martins

Departamento de Cirurgia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

Revista da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica. 1995.

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.

HIPERTENSÃO PORTAL EXTRAHEPÁTICA — Revisão teórica e apresentação de um caso clínico

E. Cleto; A. Gentil-Martins; M. Coimbra

Cirurgia Pediátrica - Hospital D. Estefânia - Lisboa;

Serviço de Pediatria Hospital Geral de Santo António - Porto

Revista de Cirurgia Pediátrica. 1995

Palavras-chave: Hipertensão Portal Extrahepática; Hemorragia digestiva alta; Tratamento médico e cirúrgico

RESUMO: Os autores fazem uma breve revisão teórica sobre Hipertensão Portal Extrahepática, focando a sua etiopatogenia, clínica e meios auxiliares de diagnóstico, bem como a terapêutica médica e cirúrgica da sua principal complicação - a hemorragia digestiva alta.

É apresentado um caso clínico duma criança de 7 anos com esplenomegalia e anemia ferripriva de evolução arrastada, associado a 2 episódios de hematemeses e melenas.

É feito o diagnóstico de Hipertensão Portal Extrahepática e submetido a intervenção cirúrgica - derivação mesentérico - cava com enxerto venoso - veia jugular externa direita.

APPROACHES TO LOCAL RECURRENCES AND METASTASES

A. Gentil-Martins

Department of Pediatric Oncology, Inst. Port. Oncologia
de F. Gentil and Depart. Surgery, H. D. Estefânia, Lisboa

RESUMO: Surgery of Local Recurrences is conditioned by the radicality of previous surgery, the likelihood of total resection, the histological type, the response to chemotherapy, prognoses, sensitivity to radiotherapy and absence of metastatic lesions (unless those are amenable to surgical resection). Surgery for metastatic cancer implies that all metastatic lesions can be excised and the primitive tumour is or can be controlled.

In both cases a good general health of the patient is a prerequisite for surgery of recurrence or metastases.

The most difficult decision is option between «radical» treatment or just palliation, in order not to jeopardize the quality of life of the patient during his remaining life span. Several examples are presented, from abstention to radical surgery. Treatment must be individualized and take into account previous treatments, probability of response to alternative treatment methods and overall prognoses. If the above criteria are respected, surgery remains an essential step for the cure of recurrent or metastatic solid tumours in children.

OSTEOPETROSE

C. Barrueco, A. Nunes, R. Carneiro

Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia

6.º Curso de Radiologia Pediátrica. Auditório do Centro Hospitalar de Coimbra

Março 1995

Palavras-chave: Osteopetrose; Criança; Radiologia

RESUMO: A propósito de um caso clínico de Osteopetrose, diagnosticado numa criança de 6 meses de idade, internada para esclarecimento de um quadro de anemia, trombocitopénia e hepatoesplenomegália, os autores efectuam uma breve revisão clínico-radiológica da D. de ALBERS-SCHÖNBERG, nas suas diferentes formas de apresentação inerentes ao carácter hereditário da mesma.

INVAGINAÇÃO INTESTINAL COMPLICADA

I. Penas, N. Henriques, J. Veiga-Gomes

Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia

6.º Curso Radiologia Pediátrica. Coimbra. Março 1995

Palavras-chave: Invaginação; Ecografia

RESUMO: Os autores apresentam um caso clínico de Invaginação Intestinal complicada num RN do sexo Q com 16 dias de vida onde mais uma vez se salienta o papel diagnóstico fundamental da Ecografia especialmente quando a clínica é dúbia.

No estado actual da arte este método semiológico permite, não só o diagnóstico seguro de Invaginação Intestinal, como também em muitos casos, sugerir a patologia desencadeante.

HIPERECOGENICIDADE TRANSITÓRIA DAS PIRÂMIDES RENAIIS NO RN

M. Rodrigues, A. Nunes, E. Soares

Serviço de Imagiologia. Hospital de Dona Estefânia.

VI Curso Radiologia Pediátrica. Coimbra. Março 1995

Palavras-chave: Ecografia Renal em RN; Pirâmides Ecogénicas.

RESUMO: Os autores apresentam o caso clínico de um RN de 20 dias, com um quadro clínico de vómitos em jacto e má progressão ponderal. Foi pedido estudo ecográfico para despiste de estenose hipertrófica do píloro (EHP).

A ecografia não evidenciou E.H.P., verificando-se contudo ao nível renal aumento da ecogenicidade das pirâmides renais. Na sequência deste exame foram efectuados vários exames analíticos para despiste de várias situações que cursam com hiperecogenicidade das pirâmides renais. Os resultados destes exames foram normais.

Foi então pedida uma ecografia de controle cerca de uma semana após a primeira, a qual não evidenciou qualquer alteração renal.

Com este caso clínico os autores pretendem salientar a importância do estudo ecográfico sequencial, nestes doentes que não apresentam alterações da função renal, devido a estes achados ecográficos serem considerados como variante da normalidade.

ALTERAÇÕES ECOGRÁFICAS DA AORTA APÓS CATETERISMO DA ARTÉRIA UMBILICAL

R. Carneiro, J. Veiga-Gomes, L. Teles, M. Serelha
Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia e Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
VI Curso Radiologia Pediátrica. Coimbra. Abril 1995.
Palavras-chave: Aorta; Trombose; Cateterismo; Ecografia; Ultrassonografia

RESUMO: A Trombose Aórtica é uma das complicações do cateterismo da artéria umbilical. A sua incidência varia, segundo os autores entre 3 e 59%.

Um dos meios não invasivos para o diagnóstico de Trombose Aórtica é a ecotomografia abdominal.

Concebemos um estudo da aorta, com base num protocolo estabelecido entre o S. Imagiologia e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, num período de 5 anos (Out./88 a Set/93), durante o qual foram executados exames ultrassonográficos a 191 RN, imediatamente após ser retirado o cateter da artéria umbilical ou na suspeita clínica de Trombose Aórtica.

Foram encontradas alterações ecográficas em 11,5% dos casos (22/91). Houve manifestações clínicas em 7 dos 22 RN com alterações ecográficas.

Foi demonstrada resolução total das alterações ecográficas em 14 casos; 2 RN faleceram, não sendo a causa de morte atribuível à Trombose Aórtica; a evolução não foi acompanhada ecograficamente em 6 casos.

Não se registaram casos de Trombose Aórtica major e não ocorreu nenhum óbito atribuído à Trombose Aórtica.

MAL DE POTT

C. Barrueco, A. Nunes, J. Furtado, J. Veiga Gomes

Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia

Curso Pós-Graduado de Imagiologia e Radiologia de Intervenção Osteo-Articular. Universidade Católica de Lisboa. Maio 1995

Palavras-chave: Criança; Imagiologia; Mal de Pott.

RESUMO: Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 5 anos de idade do sexo masculino, raça negra.

Motivo de internamento: síndrome febril arrastado, com dor contínua referida ao segmento lombar da coluna vertebral, como sintoma dominante.

O conjunto dos achados imagiológicos eram fortemente sugestivos de Mal de Pott, objectivando-se cura clínica com terapêutica específica.

Apresentamos este caso, dada a exuberância da sua manifestação e o papel desempenhado pela ecografia no encaminhamento do diagnóstico bem como pela raridade desta patologia nos nossos dias.

ECOGRAFIA E A ANCA NA CRIANÇA

I. Penas, N. Henriques, J. Furtado, J. Veiga-Gomes

Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia

Curso Pós-Graduado de Imagiologia e Radiologia de Intervenção Osteo-Articular. Universidade Católica de Lisboa. Maio 1995.

Palavras-chave: Anca; Ecografia; Criança

RESUMO: A ecografia é cada vez mais um método de eleição no estudo da patologia pediátrica, nomeadamente no despiste de L.C.A., neonatal ao permitir a visualização das estruturas cartilaginosas que predominam na articulação, neste grupo etário.

Os autores pretendem, resumidamente, dar uma ideia do protocolo do estudo da patologia da anca da criança nomeadamente da L.C.A., Derrame Articular e Displasia acetabular.

Pretendem ainda transmitir os critérios de correcta execução ecográfica.

IMAGIOLOGIA NA URGÊNCIA EM PEDIATRIA

R. Carneiro, A. Nunes, C. Barrueco

6.º Curso Radiologia Pediátrica. Hospital de Dona Estefânia. Maio 1995.

Palavras-chave: Urgência; Pediatria; Imagiologia

RESUMO: O objectivo deste trabalho consiste na apresentação de alguns casos enviados pela urgência, em que o Serviço de Imagiologia do H.D.E., contribuiu para o seu esclarecimento.

Com base em iconografia dos Serviço de Imagiologia e Pediatria (S2 -2), são abordadas situações de Patologia torácica, (pneumonias, derrames pleurais, abscessos, pneumotorax, hernias diafragmáticas), patologia Abdomino-Pélvica (refluxo gastro-esofágico, estenose hipertrófica do piloro, invaginação intestinal, apendicite aguda, anexite), situações de escroto agudo (torsão testicular, orquiepididimite traumático e lesão tumoral) e casos de traumatismo abdominal (hepático, esplénico e renal).

ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR — Técnica e anatomia normal

R. Carneiro,
Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia
Junho 1995
Palavras-chave: Ecografia Transfontanelar; RN; Lactente

RESUMO: A ecografia transfontanelar permite uma abordagem rápida, facilmente reprodutível e pouco onerosa do cérebro do RN e do lactente.

Revela-se um método altamente sensível no diagnóstico da patologia crânio-encefálica deste grupo etário, com abordagem multiplanar e excelente resolução espacial.

A propósito dos vários planos de corte utilizados no estudo de rotina, revê-se a normal ecocatomia cerebral, com base em iconografia do Serviço de Imagiologia do H.D.E. e do Hospital de Egas Moniz.

A IMAGIOLOGIA NA IDENTIFICAÇÃO DA LESÃO RENAL

J. Veiga-Gomes

Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia

Infeção Urinária e Lesão Renal - Um Olhar Pediátrico. Outubro 1995.

Palavras-chave: Lesão Renal; Imagiologia

RESUMO: A Imagiologia tem um papel fundamental no estudo da criança com infecção urinária.

Cabe-lhe determinar se há patologia malformativa ou funcional do aparelho urinário que condicione o aparecimento de I.U. e/ou procurar sequelas das infecções nesse mesmo aparelho. A detecção de refluxo vesico-ureteral é um dos aspectos mais importantes.

São mostrados vários casos, partindo do normal para o patológico. Faremos a descrição semiológica dos mesmos, não só para uma maior familiarização com as imagens daqueles menos experientes a interpretá-las, mas também numa tentativa de melhor dar a conhecer a terminologia habitualmente utilizada nos relatórios.

Aqui, como de uma forma geral em todos os capítulos da patologia, o resultado do trabalho do Imagiologista será tanto melhor quanto maior e melhor for a informação que lhe chega do Clínico. Para além dessa informação, seria de toda a utilidade a formulação de perguntas concretas a responder com o exame pedido. Com base nestes dados, cabe ao Imagiologista a programação do exame, sua duração, escolha de contrastes e sua forma de Administração. Não podemos esquecer que «just as important to do the right things is to do the thing right».

COMPLICAÇÕES DA VENTILAÇÃO NO RN DE MUITO BAIXO PESO — Aspectos radiológicos

M. Soares, J. Furtado, M. Serelha

Serviço de Imagiologia do Hospital de Dona Estefânia

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Palavras-chave: RN muito baixo peso; Complicações de ventilação; Radiologia

RESUMO: Objectivo: Definir os sinais radiológicos que permitem diagnosticar as principais complicações da ventilação mecânica no RN de muito baixo peso.

Material e método: Estudo retrospectivo de 5 anos (1990-1994) dos 174 RN de muito baixo peso internados na U.C.I.N. do H. D. Estefânia e submetidos a ventilação mecânica. Revisão das radiografias simples do tórax nas principais complicações registadas.

Resultados: A radiografia simples do tórax contribui para o diagnóstico das seguintes complicações do grupo estudado: atelectasias (11,5%), enfisema intersticial (14,4%), pneumotorax (5,2%), pneumomediastino (2,3%).

Conclusão: A utilização da técnica radiológica adequada e a interpretação correcta dos sinais radiológicos contribuem decisivamente para o diagnóstico precoce das principais complicações torácicas da ventilação, possibilitando o seu tratamento atempado e aumentando assim a sobrevivência.

PAPEL DO LABORATÓRIO NA INVESTIGAÇÃO DAS DOENÇAS AUTOIMUNES

V. Loureiro, V. Matos

Serviço de Patologia Clínica.

Reunião Geral do Hospital de Dona Estefânia. Fevereiro 1995.

Palavras-chave: D. Autoimunes; Autoanticorpos; HEP2; ANA; ENA; ASMA; AMA e ANCA.

RESUMO: Neste trabalho associamos uma série de autoanticorpos não específicos de órgão e específicos de órgão, com determinadas doenças autoimunes. Descrevemos a estratégia laboratorial na identificação e caracterização destes anticorpos.

Apresentamos a casuística do serviço durante dois anos (1992/94), onde em 1016 pedidos encontramos 9,6% autoanticorpos.

Fez-se o estudo da distribuição desta positividade por serviços e por padrões de imunofluorescência. Os serviços de Hematologia (26%) e de Nefrologia (17%) foram aqueles onde encontramos maior n.º de autoanticorpos, sendo os padrões homogénio e ANCA os mais frequentes.

Embora as doenças autoimunes sejam uma pequena «fatia» dentro das afecções patogénicas, pela sua gravidade é importante a sua detecção precoce. O acesso a técnicas «*in vitro*» sensíveis e específicas de pesquisa, caracterização e quantificação de autoanticorpos permite não só ajudar no diagnóstico como na monitorização e estabelecimento do prognóstico.

ANTICORPOS ANTICITOPLASMA DOS NEUTRÓFILOS (ANCA)
— Casuística de 2 anos: 1992 - 1994

V. Matos, V. Loureiro

Serviço de Patologia Clínica, Secção de Imunologia

Reunião do Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia

Lisboa. Abril 1995.

Palavras-chave: P-ANCA; C-ANCA; Vasculite; I.F.I.

RESUMO: Os anticorpos anticitoplasma dos neutrófilos são autoanticorpos dirigidos contra as granações dos polimorfonucleares. Em imunofluorescência indirecta estes podem apresentar 2 padrões: o C-Anca com granações citoplasmáticas e o P Anca com granações perinucleares. Os antígenos contra os quais são dirigidos estes anticorpos são no C- Anca em 85 a 90% a proteinase 3 e no P- Anca em 90% a mieloperoxidase. A pesquisa destes anticorpos adquiriu grande valor diagnóstico ao demonstrar-se a sua presença nas vasculites.

No período 1992-1994 foram estudadas 80 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 13 anos.

A pesquisa dos ANCA foi feita por IFI utilizando como substrato, neutrófilos humanos fixados com etanol e pelo método ELISA para confirmação dos diferentes padrões.

Das 80 pesquisas efectuadas, 26 foram positivas sendo 15 do sexo feminino e 11 do sexo masculino.

A patologia mais frequentemente relacionada foi: púrpura trombocitopénica idiopática em 15%, púrpura Henoch-Schonlein em 15%, panarterite nodosa em 8% e S. Kawasaki em 8%.

ESTUDO COMPARATIVO DE DOIS SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE HEMOCULTURAS NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO

R. Barros, I. Peres.

Serviço de Patologia Clínica IV Congresso Nacional da Soc. Francesa de Microbiologia - Tours - Maio 1995 e II Congresso Científico dos HCL. Novembro 1995.

Palavras-chave: Hemocultura; Automatização

RESUMO: OBJECTIVO: Estudo comparativo entre dois sistemas automáticos de hemoculturas VITAL e BACTEC, em Pediatria.

MATERIAL E MÉTODOS

As autoras avaliaram comparativamente 500 colheitas de sangue consecutivas a doentes hospitalizados, inoculando simultaneamente com 1 ml de sangue os frascos VITAL AER e BACTEC PEDS PLUS.

Usou-se um protocolo de incubação de 7 dias.

As amostras positivas foram semeadas em gelose sangue (aerofilia) e gelose chocolate (microaerofilia) e incubadas durante 48 h. Realizou-se coloração de Gram do sedimento do caldo para cada hemocultura.

Das hemoculturas negativas repicaram-se amostras aleatórias de 10% acompanhadas da respectiva coloração de Gram.

Avaliou-se ainda o tempo de positividade para as hemoculturas clinicamente significativas, bem como os germes isolados.

Excluíram-se 46 frascos por apresentarem contaminação de colheita.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Constatámos que o sistema VITAL detectou maior número de positivos com significado clínico - 62 (12,9%) em relação ao sistema BACTEC - 48 (10%).

Apesar de utilizar apenas 1 ml de sangue, houve um aumento da taxa de positividade com o VITAL em relação aos 12% habituais no nosso serviço. O n.º de falsos positivos foi igualmente elevado nos 2 sistemas enquanto que o n.º de falsos negativos foi menor no VITAL (7-1,4%) em relação ao BACTEC (21 - 4,4%).

Salientamos que germes como *St. Haemolyticus*, *Brucella sp.*, *Sac. cerevisiae* e *C. albicans* só foram detectados no sistema VITAL o que justifica a necessidade de utilizar meios específicos para o BACTEC.

Constatámos igualmente que o sistema VITAL é ligeiramente mais rápido nas 1.ª 24 h de incubação - 32 estirpes contra 28 do BACTEC e que às 48 h, detectou o mesmo n.º de germes que o BACTEC no fim do protocolo (48), a partir do 5.º dia o VITAL só detectou germes de crescimento lento (*Brucella sp.*, *Sac. cerevisiae*) enquanto que o BACTEC só forneceu falsos positivos.

IMPORTÂNCIA DA PROVA DA XILOSE NO ESTUDO DOS SÍNDROMES DE MÁ ABSORÇÃO

M. Figueiredo, A. Viveiros, I. Griff.

Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia

Reunião de Serviço de Patologia Clínica.

Junho 1995

Palavras-chave: Xilose; Síndrome de má absorção.

RESUMO: A Xilose é uma pentose que é absorvida passivamente pelo intestino delgado (duodeno e jejuno) e excretada pelo rim. Como é absorvida por difusão pela mucosa intestinal e não é degradada no intestino, utiliza-se no estudo dos síndromes de má absorção.

Material e métodos: Foram avaliadas 100 provas de Xilose realizadas no nosso Laboratório em crianças entre os 0-14 anos.

Após jejum nunca inferior a 9 horas, com suspensão de toda a medicação, administram-se oralmente 5 g. de Xilose. O total de Xilose dosado no sangue após 1 hora, permite avaliar o grau de absorção da mucosa intestinal.

Resultados: Consideramos que a prova é positiva para valores de Xilose < 20 mg/dl.

| T. Provas | P. Positivas | P. Negativas | Falsos Pos. | Falsos Neg. |
|--------------|--------------|--------------------|---------------------|-------------|
| 100 | 25 | 75 | 2 | 4 |
| P. Positivas | D. Celiaca | Diarreia Arrastada | Outros diagnósticos | |
| 25 | 15 | 5 | 5 | |

Conclusão:

| | |
|-------------------|-------|
| Sensibilidade | 85,1% |
| Especificidade | 97,2% |
| V. Preditivo Pos. | 92,0% |
| V. Preditivo Neg. | 94,6% |
| Eficiência | 94,0% |

Prova com boa sensibilidade e especificidade; de fácil execução, que nos parece de resultados bastante satisfatórios para o diagnóstico dos síndromes de má absorção e avaliação da sua resposta à terapêutica.

H. Santos, M. Sobreira, A. Quaresma, A. Cabugeira

Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia

Revista «Obstetrícia e Ginecologia» - Outubro 1995

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia; Fibrinogénio; Antiplasmina; Monómeros de Fibrina; Dímero-D.

RESUMO: Objectivo: Avaliar a presença de alterações da coagulação num grupo de grávidas com pré-eclâmpsia em relação a um grupo controlo com a mesma idade gestacional.

População: Estudaram-se amostras sanguíneas, provenientes do serviço de urgência da M.M. Coutinho, de 23 grávidas no 3.º trimestre de gravidez em trabalho de parto com o diagnóstico clínico de pré-eclâmpsia e com idade média de $27,1 \pm 6,1$ ($X + 2$ SD) Grupo I - GI). Os resultados foram comparados com os obtidos num segundo grupo de 23 parturientes sem patologia conhecida, com idade média de $27,6 \pm 2,8$ (Grupo II - GII).

Métodos: Foram avaliados em ambos os grupos os seguintes parâmetros hemostáticos:

Determinação da actividade: Fibrinogénio - Fib - (método de Clauss); Factor VIIIc, Antitrombina III - ATIII, - Proteína C, Plasminogénio, alfa-2 antiplasmina - alfa-AP, Inibidor do plasminogénio I - PAI1 - (método com substrato cromogénio).

Pesquisa: Produto de degradação do fibrinogénio/fibrina, - PDF/pdf, Dímero - D - (testes de aglutinação pelo látex); Complexos solúveis de monómeros de fibrina - F.M. - (teste de aglutinação com eritrócitos sensibilizados).

Resultados: Análise estatística dos valores obtidos ($X \pm 2SD$)

Fib (mg/dl) = GI - $362,8 \pm 73,2$; GII - $477,2 \pm 89$ ($p < 0,05$)

VIIIc (%) = GI - $172,4 \pm 64,3$; GII - $160,5 \pm 50,9$ (p - não significativo - NS)

ATIII (%) = GI - $85,9 \pm 15,9$; GII - $86 \pm 27,8$ (p -NS)

Proteína C (%) = GI - $132,4 \pm 52,4$; GII - $133,5 \pm 50,8$ (p - NS)

Plasminogénio (%) = GI - $126,5 \pm 16,7$; GII - $137,5 \pm 23$ (p - NS)

alfa-2AP (%) = GI - $74,5 \pm 18,9$; GII - $122,7 \pm 11,2$ ($P < 0,05$)

PAI1 (UA/ml) = GI - $29,3 \pm 6,8$; GII - $25,5 \pm 50,4$ (p = NS);

FM teste - GI 27,8% - negativos; 72,2% positivos

GII - 100% - negativos; 0% positivos ($p < 0,05$)

D-dímero (mg/l) = GI - 39,1% $< 0,5$; 60,9% $> 0,5$

GII - 78,3% $< 0,5$; 21,7% $> 0,5$ ($p < 0,05$)

PDF/pdf (mg/l) = GI - 5% < 10 ; 70% $> 10 < 40$; 25% > 40 ;

GII - 12,5% < 10 ; 45,8% $> 10 < 40$; 41,7% > 40 (p -NS)

Conclusão: As alterações dos parâmetros avaliados em ambos os grupos, estão de acordo com as descritas na literatura, sugerindo um estado de hipercoaguabilidade e de hipofibrinólise. Quatro dos parâmetros avaliados - Fibrinogénio, Monómeros de Fibrina, Dímero-D e alfa-2 antiplasmina, apresentaram diferenças estatisticamente significativas, sendo relevante a pesquisa de monómeros de fibrina, com uma positividade de 0% no grupo controlo, contrastando com 72,2% no grupo patológico, o que traduz hiperactividade trombinica, na pré-eclâmpsia.

CLONES DE ST. AUREUS MEDICILINA RESISTENTES NO HDE

D. Dias, I. Sanches, R. Mato, R. Barros, I. Peres, H. Lencastre
Serviço Patologia Clínica HDE. Universidade Nova de Lisboa.
The Rockefeller University N. Y. U.S.A.
XXX Jornadas Luso Espanholas de Genética. Lisboa. Setembro 1995 .

RESUMO: Foram analisadas 84 estirpes de St.aureus colhidas no HDE durante o período de 1992 a 1994 por métodos fenotípicos de modo a confirmar a classificação do Hospital a nível de espécie e de fenótipo meticilina resistente.

24 estirpes MRSA foram posteriormente estudadas por métodos moleculares para estabelecer relações clonais entre os isolamentos e identificar os relacionados com infecção.

As estirpes foram analisadas por RFLP do Cla(- restrição hidrolizado com duas sondas (mec A gene e Tn 544 transposon) e por electroforese em gel «pulse field» (PpGE) seguido por hibridização com a sonda mec A.

A maioria das estirpes isoladas em 1992 eram Cla I tipo II e não tinham inserções Tn544. Estas estirpes estavam incluídas num tipo clonal definido com II: NH: B que tinham uma prevalência de 73%. Este tipo clonal diminuiu em 1994 para 54%. Durante este segundo período foi detectado um segundo clone definido como I:E: A que representava 38% dos isolamentos de 1994. Este segundo clone designado ibérico tem sido encontrado largamente em vários Hospitais de Portugal e Espanha.

Um estudo prévio de estirpes MRSA relacionado com um surto em 1985 no mesmo Hospital definiu um clone major utilizando a mesma metodologia como III: :alfa: A.

O presente estudo demonstrou que no Hospital de D. Estefânia o clone dominante presente em 1985 foi substituído em 1994 por dois clones distintos: :II:NH:B e I:E:A.

PESQUISA DE *U.UREALYTICUM* EM RECÉM-NASCIDOS DE PRÉ-TERMO

R. Barros, I. Peres

Serviço Patologia Clínica do Hospital de D. Estefânia

II Congresso Científico dos HCL. Lisboa. Novembro 1995.

Palavras-chave: *U.urealyticum*; Recém-nascido, Pré-termo

RESUMO: Introdução: Os *Mycoplasmas sp.* humanos fazem parte da flora normal da mulher adulta.

Assim podemos encontrar *U.urealyticum* em 60% de mulheres normais e 20% de *M.hominis*.

Ambos parecem ser patogénicos oportunistas tendo sido isolados de hemoculturas de mulheres com febre post-parto.

Na mulher grávida tem sido implicado em corioamnionites, roturas prematuras das membranas e infecções neonatais.

As infecções mais frequentes são: meningites, infecções respiratórias e sepsis.

Material e métodos: A técnica utilizada permite a cultura, identificação e titulação diferencial dos *Mycoplasmas sp.* urogenitais e baseia-se na utilização das propriedades metabólicas destes microorganismos nomeadamente a hidrólise da ureia pelo *U.urealyticum* e a da arginina pelo *M.hominis* com libertação de amoníaco e alcalinização do meio. A reacção é visualizada pela viragem do indicador vermelho de fenol.

Foram estudados os 133 recém-nascidos de pré-termo internados no Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de D. Estefânia no período que decorreu entre Agosto de 1993 e Agosto de 1995 dos quais testámos amostras de urina - 129; secreções endotraqueiais - 100; sangue - 79 e líquido cefalo-raquidiano - 2.

Resultados: Obtivemos os seguintes resultados positivos correspondentes a 21 doentes: urinas - 12; secreções endotraqueiais - 19 e sangue - 1.

Conclusões: Podemos concluir que os resultados obtidos foram de acordo com a clínica excepto em 5 doentes (Provável colonização).

Constatou-se serem todos recém-nascidos pré-termo e de baixo peso.

VIRUS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇA SIBILANTE

V. Loureiro, M. Almeida, J. Nogueira, J. Rosado-Pinto

Laboratório de Imunoalergologia - H. D. Estefânia

II Congresso Científico H. Cívica de Lisboa.

Centro Cultural de Belém. Novembro 1995.

Palavras-chave: RSV; Adenovirus; Influenza; Para influenza; Imunofluorescência.

RESUMO: Objectivo: Estudo da prevalência de virus respiratórios em crianças com dificuldade respiratória tipo obstrutivo.

Material e métodos: Foram feitas pesquisas de virus respiratórios (V. Sincicial Respiratório - RSV; adenovirus - AD e Parainfluenza tipo 1, 2 e 3, e Influenza A e B) nas secreções nasofaríngeas de 216 crianças internadas, com idades compreendidas entre 1 mês e 6 anos, 49% do sexo feminino e 51% do sexo masculino - durante o período de Janeiro a Julho de 1995.

A pesquisa do RSV foi efectuada pelo sistema VIDAS método ELFA, após extracção. A pesquisa dos virus Parainfluenza, Influenza e Adeno foi efectuada por Imunofluorescência Indirecta (uso Ac. monoclonal).

Resultados: Das 216 crianças estudadas 72 (33%) apresentaram infecção a virus, sendo:

| Virus | + | (%) | Média Idades | Sexo | Incidência Sazonal |
|---------------|----|-------|--------------|-------------|-------------------------------------|
| RSV | 58 | 80,5% | 1,5A | masc. 69,4% | Jan.44%, Fev.8%,Mar. 7% e Abril 21% |
| AD | 6 | 8,4% | 3A | s/predom. | Fev. 4%, Mar. 3% e Abril 1% |
| Parainfluenza | 6 | 8,4% | 4,6A | s/predom. | Fev. 3% e Mar. 6% |
| Influenza | 2 | 2,7% | 5A | s/predom. | Mar. 3% |

Conclusão: Na população estudada encontrou-se prevalência do RSV na criança sibilante, com maior incidência nos primeiros anos de vida e predominio do sexo masculino. A incidência de Adenovirus, Parainfluenza e Influenza é directamente proporcional à idade ou seja aumenta com a idade. Como seria de esperar a infecção a estes virus é maior nos meses de Inverno.

ESTUDO LABORATORIAL DA CAPACIDADE DE RESPOSTA IMUNOLÓGICA À VACINAÇÃO CONTRA A HEPATITE B

V. Loureiro, M. Campello

Serviço de Patologia Clínica - H. D. Estefânia

II Congresso Científico - H. Cívica de Lisboa. Centro Cultural de Belém. Novembro 1995.

RESUMO: Objectivo: Avaliar o estado de imunidade em relação ao vírus da hepatite B, através do doscamento do AcHBs, num grupo de pessoal de saúde do H.D. Estefânia, passados 5 a 6 anos após o início da vacinação.

Material e métodos: Estudaram-se, durante o mês de Agosto de 1995, 225 elementos do pessoal de saúde do H. D. Estefânia, vacinados há cerca de 5 a 6 anos, sem rastreio prévio. Média de idades: 39 anos. Sendo 37.8% do sexo masculino e 62.2% do sexo feminino. Estratégia usada:

1.ª FASE - Efectuou-se a titulação do AcHBs e a pesquisa do AcHBc total

2.ª FASE - Fez-se a pesquisa de AgHBe e AcHBe a todos os soros com AcHBc total positivo.

3.ª FASE - Sempre que se justificou, efectuou-se a pesquisa de Ag HBs e Ac HBc e IGM.

Os métodos usados para:

• AgHBs, AgHBe, AcHBs, AcHBe, AcHBs e AcHBc total - MACROELISA

• AcHBc IgM-MEIA

Resultados: Dos 225 funcionários vacinados, 47% mantêm títulos superiores a 100 UI/L (88% sexo feminino); 28% têm títulos entre 10-100 UI/L (sem predomínio de sexo) e 7% têm títulos inferiores a 10UI/L (63% sexo masculino).

Tiveram contacto antigo com o vírus 17.8%, sendo 5% portadores.

Conclusão: Grande parte do pessoal de saúde estudado (47) mantêm protecção eficaz mesmo ao fim de 5 a 6 anos após início da vacinação. Cerca de 35% tem ac. não protectores, necessitando de reforço com posterior controlo laboratorial. Deste grupo, 7% tem AcHBs com título inf. a 10UI/L podendo corresponder a não respondedores ou à baixa de ac. ao longo destes anos. De salientar o predomínio do sexo feminino nos bons respondedores e do sexo masculino no grupo de pior resposta.

INFORMAÇÃO DAS ESTIRPES HOSPITALARES ISOLADAS NOS SERVIÇOS DO HDE

R. Barros

Serviço de Patologia Clínica

II Congresso Científico dos HCL. Lisboa. Novembro 1995.

Palavras-chave: Detecção de surtos; Estirpes alerta

RESUMO: Introdução: Fornecer aos responsáveis dos serviços a percentagem e os perfis de resistência aos antibióticos das estirpes hospitalares isoladas com especial atenção aos *Staphylococcus aureus* metilicina resistentes, *Enterococcus sp* resistente à Vancomicina, bacilos Gram negativos resistentes aos Aminoglicosídeos e às Cefalosporinas de segunda e terceira geração usadas no hospital e as *Pseudomonas sp* resistentes à Ceftazidima.

Material e métodos: Foi feito o estudo estatístico mensal de Janeiro a Dezembro de 1994 dos produtos cujo resultado é relativamente unívoco, isto é sangue, urina, pús (profundo), secreções bronco-alveolares, por serviço. Constatou-se que o número de produtos enviados para exame microbiológico não justifica a informação mensal a não ser perante um surto de infecção nosocomial ou aparecimento de uma estirpe alerta. Apenas a UCIP e a Unidade de Neonatologia justifica o envio dessa informação mensalmente. Em relação aos outros serviços foi feita a informação trimestral. Foi criada uma folha resumo para a informação ser de fácil leitura e interpretação. Foi feita comparação entre os diferentes serviços e um resumo de todos os serviços do hospital.

Conclusões: Este estudo trouxe benefícios em relação à metodologia utilizada anteriormente, isto é estudo estatístico e informação anual, pois veio facilitar e **melhorar o diálogo** com os Responsáveis dos Serviços, assim como a **detecção de surtos** de Infecção Nosocomial e de **Estirpes Alerta:**

- Surto de IN a *Serratia marcescens* numa enfermaria de primeira infância com lotação completa (origem nebulizadores).
- Surto a *Serratia marcescens* numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (origem ventiladores).
- Surto a *Staphylococcus aureus* metilicina resistentes numa Unidade de neonatologia (origem RN transferido de outra unidade - Vector - mãos do pessoal).

Detecção de estirpes alerta como *Pseudomonas aeruginosa* ceftazidima resistentes, *Enterobacter cloacae* e *Proteus vulgaris* multi-resistentes.

PREVALÊNCIA DO VÍRUS HCV NUMA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

V. Loureiro

Serviço de Patologia Clínica - H. D. Estefânia.

II Congresso Científico H. Civis de Lisboa. Centro Cultural de Belém. Novembro 1995

Palavras-chave: HC; Hepatite Parentérica; Hep. Comunitária; Hep. Crónica; RIBA; PCR-HCV.

RESUMO: Objectivo: Estudo da prevalência do Ac (IgG) contra o vírus da hepatite C, em crianças com transaminases glutâmico-pirúvica superior a 50 UI/L.

Material: Foram estudados 126 crianças (1994), idades compreendidas entre 0-15 anos, 99 (79%) do sexo masculino e 27 (21%) do sexo feminino.

Grupos estudados:

- 38 Politransfundidos (9 hemof., 10 talass. e 19 com d. do foro hematol.)
- 26 Recém-nascidos filhos de mães HCB positivas
- 4 Hemodialisados
- 58 sem história de contacto com o vírus ou exposição de produtos com sangue, com TGP>50 UI/L e restantes marcadores de hepatite negativos (HAV, HBV, EBV e CMV).

Métodos: O anticorpo anti-HCV (IgG) foi testado por microclisa 3.ª geração e «confirmado» por RIBA-3.

Os soros dos RN foram avaliados por PCR (L. Dr. Joaquim Chaves-Protocolo Roche®).

Resultados: A prevalência do anticorpo encontrada nos vários grupos foi:

- Politransfundidos - 55%
 - Hemofílicos - 43%
 - Talassémicos - 38%
- Recém nascidos filhos de mães HCV positivas - 100% (Apenas 2 PCR+)
- Hemodialisados - 50%
- Crianças sem história com TGP>50 UI/L - 6.9%

Conclusão: Os grandes grupos de risco estão relacionados, como no adulto, com história de transmissão parentérica. A transmissão vertical necessita de testes suplementares como a PCR para confirmação imediata da infecção viral. No nosso estudo encontrámos uma taxa de 7.7% na transmissão mãe filho. Embora a amostra seja pequena, a transmissão do vírus a hemodialisados faz transparecer problemas sanitários.

Chama-se a atenção para a percentagem significativa (6.9%) numa população de crianças sem qualquer história.

Achamos importante o despiste deste vírus numa população pediátrica, atendendo à frequente evolução para a cronicidade «silenciosamente», num grupo com uma função imunitária imatura.

VÍRUS DE EBSTEIN-BARR: Valor diagnóstico da pesquisa dos anticorpos heterófilos na população infantil

V. Matos, V. Loureiro

Serviço de Patologia Clínica. Secção de Imunologia

II Congresso dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Novembro 1995.

Palavras-chave: EB; Mononucleose Infecciosa; Monospot

RESUMO: Introdução: A infecção pelo vírus de Epstein-Barr (EBV) origina para além dos anticorpos específicos ao EBV o aparecimento de anticorpos heterófilos que estão na base do teste rápido de diagnóstico da Mononucleose Infecciosa (MNI), reacção de Paul Bunnell e reacção diferencial de Paul e Davidson. No entanto, cerca de 10% dos doentes com MNI não desenvolvem estes anticorpos e esta percentagem aumenta bastante na população infantil.

O objectivo deste estudo é avaliar o valor diagnóstico da pesquisa dos anticorpos heterófilos nas crianças.

Material e Métodos: Foram estudadas 60 crianças com MNI, com idades compreendidas entre 1 a 10 anos, segundo critérios clínicos e laboratoriais. Esta população foi dividida em 2 grupos: grupo I com idade ≤ 5 anos e grupo II com idade > 5 anos.

Utilizou-se para a pesquisa dos anticorpos heterófilos o teste diferencial de Paul e Davidson - Monospot (MOVACO).

Resultados:

| | | | |
|----------|-------------------|---|----------|
| Grupo I | | | |
| n=34 | Monospot negativo | - | 91% (31) |
| | Monospot positivo | - | 9% (3) |
| Grupo II | | | |
| n=26 | Monospot negativo | - | 19% (5) |
| | Monospot positivo | - | 81% (21) |

Conclusões: Este estudo revela a pouca sensibilidade da pesquisa dos Anticorpos heterófilos para diagnóstico da MNI nas crianças até aos 5 anos. A partir desta idade, embora a percentagem com Monospot negativo (19%) ainda esteja longe da descrita na literatura para a população adulta (10%), justifica-se a pesquisa destes anticorpos quando da suspeita de MNI.

R. Barros, A. Lemos, I. Peres, A. Carvalhais, M. Marques
Serviço de Patologia Clínica
II Congresso Científico dos HCL. Lisboa. Novembro 1995.
Palavras-chave: Equipamento; Exames Bacteriológicos

RESUMO: Introdução: Estudo da situação actual dos Serviços Hospitalares onde foi detetado um surto a *Serratia marcescens* entre Março e Maio de 1993.

Material e Métodos:

No período de 12 de Agosto a 12 de Setembro de 1995 foram estudados equipamentos e desinfectantes que no último surto de Infecção Nosocomial a *Serratia marcescens* foram causa de Infecção.

Equipamento:

Nebulizadores (água do reservatório) = 6; Ventiladores (água da panela) = 2; Ventiladores (filtro) = 1; copos do oxigénio (água do copo) = 4; Desinfectantes clorhexidina = 4; sabão líquido = 8; «steli-sept» = 3.

Resultados:

Equipamento:

Todos os exames bacteriológicos foram culturas estéreis excepto os resultados de 4 nebulizadores que foram positivos, e apenas 1 para *Serratia marcescens*. Produtos Biológicos com exame bacteriológico positivo para *Serratia marcescens* no ano de 1995: sangue = 3 (1 doente); secreções brônquicas = 1; expectoração = 21 (Fibrose quística); líquido ascítico = 1; pús = 1; urina = 6.

Conclusões:

Este estudo permite concluir que as medidas tomadas durante e após o referido surto de Infecção Nosocomial (política de antissépticos e desinfectantes, lavagem das mãos, técnicas assépticas correctas, normas de lavagem e desinfeção de material e equipamento, utilização prudente dos antibióticos) foram efectivas. No entanto no que se refere às normas de lavagem e desinfeção dos nebulizadores não estão a ser cumpridas integralmente.

PREVALÊNCIA DE ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA EM SOROS DE DOENTES COM SITUAÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS

H. Santos, A. Rosa

Serviço de Patologia Clínica do HDE.

II Congresso Científico Hospitais Cívicos de Lisboa, Centro Cultural de Belém, Novembro 1995.

Palavras-chave: Anticorpos Anticardiolipina; Trombose; Aborto de Repetição

RESUMO: Introdução Recentemente, o interesse pelos Anticorpos Anticardiolipina (ACA) aumentou consideravelmente, devido ao reconhecimento da sua associação com determinadas situações clínicas, tais como trombose arterial e venosa, doença neurológica, aborto espontâneo recorrente, trombocitopenia e doença autoimune.

Objectivo - Avaliar a prevalência dos ACA em soros de doentes com situações clínicas suspeitas de síndrome antifosfolípido-proteína, estudados no Laboratório Central do HDE.

Material e Métodos - Um total de 458 amostras, correspondendo a 423 doentes, 119 do sexo masculino, de idades compreendidas entre 17 e 70 anos, idade média 34,8 anos, 304 do sexo feminino, de idades compreendidas entre 17 e 70 anos, idade média 38,3 anos, com história de trombose arterial e venosa (209), aborto recorrente espontâneo (144), doença autoimune (36), trombocitopenia e outras situações clínicas associadas à presença de anticorpos antifosfolípidos (34). Utilizou-se um «kit» comercial ELISA (Kallestad T M Anti-cardiolipin Microplate EIA, Sanofi-Pasteur) para determinação de anticorpos IgG e IgM, seguindo-se as indicações do fabricante. Os doentes ACA positivos foram aconselhados a repetir as determinações 6 ou mais semanas após a primeira colheita. Para obter valores de referência, testaram-se 120 amostras provenientes de doadores do Serviço de Sangue do Hospital de S. José.

Resultados - Valores de referência encontrados (média +3SD) : IgG > 25 GPL, IgM > 11MPL. Determinou-se a prevalência de positividade encontrada, global e para cada patologia (IgG+ e/ou IgM+).

Conclusões - Os valores de referência obtidos estão próximos dos indicados no «kit» (25 GPL/23 GPL e 11 MPL/11 MPL). Obteve-se uma prevalência global de ACA positivos de 19%, bastante superior aos valores encontrados na literatura para a população em geral. Nos grupos estudados, a prevalência mais elevada (38,9%) foi encontrada para a doença autoimune, seguindo-se trombocitopenia e outras patologias (25,7%), doença trombótica (21,5%) e, por último, aborto de repetição (13,2%).

DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA E ANTIFOSFOLÍPIDOS COM DOIS «KITS» COMERCIAIS USANDO O MÉTODO ELISA

H. Santos, A. Rosa

Serviço de Patologia Clínica do HDE

II Congresso Científico Hospitais Cívicos de Lisboa

Novembro 1995 - Centro Cultural de Belém

Palavras-chave: Anticorpos Anticardiolipina; Trombose; Aborto de Repetição

RESUMO: Introdução: Os anticorpos antifosfolípidos (APA), são uma família de imunoglobulinas (IgG, IgM, IgA ou misturas) que reconhecem complexos de fosfolípidos e proteínas. A identificação dos APA recebeu ultimamente um aumento de atenção devido à sua associação com diferentes complicações clínicas, como trombose arterial e venosa e aborto recorrente espontâneo. Contudo, o diagnóstico laboratorial continua a apresentar problemas.

Objectivo: Comparar os resultados obtidos na detecção de APA usando dois «kits» comerciais ELISA.

Material e métodos: Pesquisaram-se anticorpos antifosfolípidos em doentes clinicamente suspeitos de síndrome antifosfolípido-proteína. Os doentes, em número de 225, foram agrupados em: trombose arterial e venosa (111), aborto espontâneo de repetição (83), doença autoimune e outras patologias (31). Usaram-se dois «kits» comerciais, ACA apenas com cardiolipina e APA com mistura de fosfolípidos. ACA - Kallestad T M Anticardiolipin Microplate EIA, Sanofi-Pasteur. APA - Asserachrom Stago. Os «kits» foram trabalhados segundo as instruções dos fabricantes.

Resultados: São apresentados os resultados globais e para cada grupo estudado.

Todas as Patologias: 225 doentes

ACA

| APA | Positivo | Positivo Fraco | Negativo | Total |
|----------------|----------|----------------|----------|-------|
| Positivo | 4 | 2 | 3 | 9 |
| Positivo Fraco | 4 | 5 | 16 | 25 |
| Negativo | 28 | 18 | 145 | 191 |
| Total | 38 | 25 | 164 | 225 |

Todas Trombótica: 111 doentes

ACA

| APA | Positivo | Positivo Fraco | Negativo | Total |
|----------------|----------|----------------|----------|-------|
| Positivo | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Positivo Fraco | 3 | 1 | 8 | 105 |
| Negativo | 18 | 7 | 75 | 108 |
| Total | 21 | 8 | 82 | 111 |

Perda Fetais: 83 doentes

ACA

| APA | Positivo | Positivo Fraco | Negativo | Total |
|----------------|----------|----------------|----------|-------|
| Positivo | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Positivo Fraco | 1 | 2 | 8 | 11 |
| Negativo | 8 | 9 | 55 | 71 |
| Total | 10 | 12 | 61 | 83 |

Conclusões: Os resultados obtidos mostram discordância entre os dois «kits» ensaiados. Sugerimos como causas possíveis a heterogeneidade dos anticorpos antifosfolípidos, os valores de «cut off» recomendados pelos fabricantes e tipo de fosfolípidos utilizados nos «kits».

Comentário: Dado tratar-se de um síndrome heterogéneo, parece lícito assumir que os «kits» ensaiados se poderão complementar.

INFECÇÕES PERITONEAIS NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO

R. Barros, I. Peres

Serviço de Patologia Clínica

III Congresso Nacional de Doenças Infecciosas

Funchal, Novembro 1995

Palavras-chave: Peritonite; Anaeróbios.

RESUMO: Introdução: A apendicite e a peritonite são causa importante de morbidade em Pediatria, levando a uma intervenção cirúrgica por vezes com consequências graves.

Material e métodos: Foram estudadas 100 amostras de pús colhidas e enviadas correctamente ao nosso Laboratório desde Janeiro de 1994 a Agosto de 1995 de doentes com diagnóstico de apendicite/peritonite.

Ao longo destes 20 meses todas as amostras foram estudadas para pesquisa de germes aeróbios e germes anaeróbios visto só terem sido consideradas amostras colhidas em seringa ou em frasco portagerme.

Resultados: Foram isolados 2 ou mais germes em 87 destas amostras e em 44 isolaram-se germes anaeróbios. Num total de 241 germes isolados, 104 foram bacilos Gram negativos (43%), 81 cocos Gram positivos (34%) e 56 germes anaeróbios (23%).

Os germes mais frequentes foram os seguintes: *E. coli*, *Streptococcus sp.*, *Bacteroides sp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium sp.*, e *Enterobacter sp.*

Conclusão: A maioria das infecções foram infecções mistas e com anaeróbios.

Os doentes dos quais se isolaram estirpes hospitalares multirresistentes foram doentes submetidos a cirurgia anterior ou a terapêutica antimicrobiana múltipla.

AVALIAÇÃO DAS BACTERIEMIAS NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO

R.Barros, I. Peres
Serviço de Patologia Clínica
III Congresso Nacional D. Infecções
Funchal, Novembro 1995
Palavras-chave: Hemoculturas; Demora; Automatização

RESUMO: Fez-se esta avaliação de Julho de 1993 a Julho de 1995. Nos primeiros 12 meses eram usados frascos pediátricos de BHI da Roche, no segundo período foram introduzidos 2 sistemas automáticos de hemoculturas. Foram estudadas um total de 5822 hemoculturas.

O rendimento destes métodos foi semelhante. Não se observaram diferenças notáveis nos resultados. No entanto, a rapidez da detecção da positividade é superior nos sistemas automáticos que detectaram antes das 24 horas (VITAL-52%; BACTEC-45%) contra os 0% do método clássico que só às 24 horas era possível detectar as hemoculturas positivas entradas 6 horas antes no laboratório. No primeiro período foram estudadas 2054 hemoculturas correspondendo 62% a 1 colheita, 23% a 2 colheitas, 9% a 3 colheitas e 6% mais de 3 colheitas. No segundo período testaram-se 3220 hemoculturas tendo diminuído para 52% os doentes com apenas 1 colheita e aumentaram para 32% os doentes com 2 colheitas.

Conclusão: A introdução dos sistemas automáticos teve não só a vantagem de diminuir o trabalho de rotina do processamento das hemoculturas, redução do tempo de positividade das mesmas com a vantagem de maior rapidez de informação ao clínico da suspeita de infecção (gram do caldo, identificação e teste de sensibilidade aos anti-microbianos) e devido a uma resposta mais rápida, maior número de pedidos de hemoculturas.

DEFICIÊNCIA CONGÊNITA DO FACTOR VII

II. Santos, A. Rosa

Serviço de Patologia Clínica do HDE

Sessão Clínica do Serviço de Patologia Clínica

Hospital D. Estefânia. Dezembro 1995

Palavras-chave: Factor VII; Def. Congénito Factores

RESUMO: Os autores apresentam um caso de deficiência congénita do factor VII, estudado no Serviço de Patologia Clínica do HDE. A propósito, fazem revisão teórica desta rara afecção, características, aspectos clínicos e alterações dos testes de coagulação. Por último, abordam os conceitos actuais sobre o papel do factor VII e factor tissular na coagulação sanguínea.

Caso clínico: MASV, sexo masculino, raça branca, 5 anos de idade. Natural e residente em Santarém. Em análises de rotina pré-operatória para amigdalectomia foi detectado T. Protrombina prolongado, sem outras alterações. Antecedentes de equimoses fáceis. Pai e mãe saudáveis, não consanguíneos.

Resultados analíticos

| Testes | Docentes | Pai | Mãe | Val. Ref |
|----------------|---------------------|-------|-------|-----------|
| TP(s) | 18,3/19,4/18,6 | 14,1 | 13,8 | 12,5-16,5 |
| aPTT(s) | 24,6 | 23,3 | 24,7 | 22-32 |
| TT (s) | 19,9 | | | 18-22 |
| Fib (g/dl) | 2,89 | 3,65 | 2,93 | 1,5-3,5 |
| Actividade (%) | | | | |
| F-II | 100,2 | 155 | 124 | 70-130 |
| F-V | 130 | 195,6 | 192,8 | 65-150 |
| F-VII | 24,3/24,2/27,2/33,6 | 87,2 | 95,3 | 70-130 |
| F-VIII | 180 | 155,6 | 102 | 50-200 |
| F-IX | 74,3 | 120 | 175 | 70-130 |
| P.C | 73,8 | 171,1 | 106,2 | 70-130 |
| P.S. | 70 | 102 | 87,2 | 70-130 |
| Antigénio (%) | | | | |
| F-VII | 30,5/36,2 | 84,8 | 92,6 | 70-130 |

ESTUDO COMPARATIVO DE DOIS MÉTODOS PARA O DOSEAMENTO DA AMÓNIA

M. Figueiredo, I. Griff, A. Viveiros
Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia
Reunião de Serviço. Dezembro 1995

RESUMO: A determinação da amónia é uma análise pedida com muita frequência na Urgência. A sua importância no estudo da função hepática, nas doenças neurológicas, na patologia neo-natal e as condições especiais de colheita e manuseamento da amostra, levou-nos a fazer um estudo comparativo de dois métodos para o seu doseamento baseados em dois princípios completamente diferentes: Método enzimático utilizando plasma e método de tira reactiva em sangue total.

Material e métodos: Avaliamos 50 amostras pelos dois métodos:

Método enzimático - Utilizamos um kit Boehringer Mannheim - Método manual.

Método colorimétrico - Utilizamos o «Amónia Test Kit II» - Menarini. A dosagem faz-se com sangue total numa tira reactiva.

Resultados: n=50

Método Enzimático

X-47,8 µg/dl

D.P.-29,1

Precisão - C.V. - 3,6%

Método Colorimétrico

X-43,6 µg/dl

D.P.-27,4

Precisão -C.V. -3,4%

A Recta de Regressão Linear:

$y=1,108x + 0,45$

$r=0.979$

Sendo X: Met. Enzi.

Sendo y: Met. Colo.

Conclusão: Da comparação entre os dois métodos vemos que há uma boa correlação entre eles. No plano técnico salientamos o facto de o método da tira se realizar com um volume pequeno de sangue total, é muito mais rápido e tem grande facilidade de manipulação e eliminação de possíveis erros.

IONTOFORESE

— Estatística de 5 anos do Serviço de Patologia Clínica

M. Figueredo, I. Griff, A. Viveiros
Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia
Reunião de Serviço. Dezembro 1995
Palavras-chave: Iontoforese; Fibrose Quística

RESUMO: A fibrose quística é o defeito genético letal mais comum na raça branca. Uma das suas características sempre constantes é a secreção electrolítica alterada com valores de Na^+ e Cl^- sempre elevados.

Material e métodos: O estudo efectuado abrange os anos de 1990-1995, tendo sido estudadas crianças com idades entre os 15 dias e os 10 anos de idade.

A produção de suor é induzida numa pequena área da pele após estimulação com uma solução de pilocarpina a 5%. As alterações da conductividade eléctrica condicionada pela concentração de Cl^- e Na^+ no suor, permitem fazer a sua medição electrolítica.

Resultados: Consideramos os seguintes valores de referência:

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Prova positiva | > 100 mmol/L de NaCl |
| Prova duvidosa entre | 60-100 mmol/L de NaCl |
| Prova negativa | < 60 mmol/L de NaCl |

| Anos | Tot. Provas | P. Pos. | P. Neg. | P. Duvi. | P. s/prod. suor |
|------|-------------|---------|---------|----------|-----------------|
| 1990 | 150 | 3 | 143 | 2 | 2 |
| 1991 | 400 | 2 | 384 | 10 | 4 |
| 1992 | 400 | 2 | 392 | 2 | 4 |
| 1993 | 300 | 2 | 292 | 3 | 3 |
| 1994 | 250 | 1 | 245 | 1 | 3 |
| 1995 | 390 | 0 | 382 | 2 | 6 |

Conclusão: Esta prova começa a ser positiva às 3-5 semanas de vida. Só 1-2% dos doentes com fibrose quística têm valores <60 mmol/L de NaCl. É uma prova com erros técnicos e laboratoriais muito frequentes. Deverá ser feita em duplicado e repetida pelo menos 1 vez em dias separados nos resultados positivos ou duvidosos ou quando a clínica o exigir. Uma prova negativa não invalida o diagnóstico de fibrose quística.

EXAME MICROBIOLÓGICO DAS FEZES

I. Daniel

Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia

Palavras-chave: Fezes; Coprocultura; Lix. Bacteriológico; Ex. Virulógico; Clínica; Epidemiologia

RESUMO: Avaliar a utilidade dos critérios clínicos na orientação do pedido dos exames microbiológicos das fezes assim como o resultado dos exames efectuados e seu custo-benefício.

Objectivo: Fez-se a análise retrospectiva dos exames microbiológicos efectuados nas fezes, no período de Março de 1993 até Dezembro de 1995, em crianças com idade compreendida entre RN - 14 anos.

O estudo compreendeu 3259 doentes (2380 internados e 879 externos) e 6209 amostras. Foram detectadas bactérias enteropatogénicas em 542/3259 doentes (16.6%); Salmonela em 278, Campylobacter em 135, Shigella em 75, ECEP em 40, Aeromona em 13 e Yersinia em 1 doente. A salmonela mais prevalente foi a *S. enteritidis*. Foram positivos para Rotavírus 144/613 doentes (23.5%). A Média de idade dos doentes positivos para Salmonela foi 5.29 A, Shigella 5.79A, Campylobacter 1.97 A e Rotavírus 9.1M.

Foram processadas 1672 coproculturas isoladas (C), 786 coproculturas com ex. parasitológico (CP), 437 coproculturas com pesquisa de rotavírus (CR), 133 coproculturas com ex. parasitológico e rotavírus (CPR) e 231 associadas a outros exames (Misc). A positividade para bactérias enteropatogénicas e rotavírus obtida nestas diferentes associações foi a seguinte: C - 20.3%, CP - 9.8%, CR - 38%, CRP - 35.7%, Misc. - 9.1%.

Das amostras processadas 47.7% foram únicas, 14.1% foram em duplicado e 38.2% em triplicado. A maioria das amostras 72.8% chegaram ao laboratório simultaneamente e 27.2% em dias seguidos ou alternados.

Em 1466 amostras positivas para bactérias não foram reproductíveis 114 (7.7%) e em 256 amostras positivas para rotavírus não foram reproductíveis 33 (12.9%).

Das 564 amostras de doentes com terapêutica prévia, em 24 (4.3%) isolaram-se bactérias. 1886 doentes (57.3%) tinham diagnóstico; 586 dos quais com GEA, 620 com diarreia aguda ou diarreia arrastada, 456 tinham outros diagnósticos (sind. febril, dores abdominais, má progressão ponderal) e 224 correspondiam a controlos. Dos 586 doentes com diagnóstico de GEA, 54% foram positivos (43,5% para bactérias / 10,6% para rotavírus).

Foram efectuadas 17 pesquisas de toxina para *Clostridium difficile*, foram todos negativos e apenas um deu resultado equívoco.

Da análise dos resultados realçamos:

- Os resultados foram sobreponíveis nos três anos.
- Discrepância nos resultados positivos e negativos.
- Isolamento de agentes potencialmente patogénicos não pesquisados por rotina. Limites na definição do que é patogénico.
- Importância do estudo virulógico nas fezes e da detecção de ag. de *Giardia intestinalis*.
- Colheita da amostra / estadio da doença
- Clínica versus tipo de exame solicitado
- Necessidade de estudo prospectivo e articulação entre o Clínico e o Microbiologista.

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NA CRIANÇA — Dinâmica do serviço

A. Pedreira

Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia

1.^a jornadas de Reabilitação Infantil - Hospital D. Estefânia. Maio 1995

Palavras-chave: Reabilitação respiratória; Criança; Doença respiratória; Dinâmica

RESUMO: A apresentação deste trabalho teve como objectivo a divulgação do Serviço de Fisiatria nas doenças do aparelho respiratório.

A autora fez a revisão casuística de todas as consultas efectuadas nos anos de 1993 e 1994 em crianças com doença do aparelho respiratório.

De um total de 6348 consultas, foram de primeira consulta 2136, tendo sido estudados, o sexo, patologia, proveniência dos serviços de internamento e da consulta externa, destino e variação das consultas segundo os meses do ano. Seguidamente apresentou alguns casos clínicos com as patologias mais frequentes como, a asma (460 1.^{as} consultas); atelectasia; derrame pleural; pneumonia, e de outras patologias como a fibrose quística e a displasia bronco pulmonar, que embora menos frequentes, mereceram a nossa referência pela sua repercussão na dinâmica ventilatória e na integração social destes doentes. Todos os casos clínicos foram documentados com exames radiológicos antes e após a intervenção da reabilitação respiratória.

Finalizou, com a referência do trabalho efectuado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos em doentes com ventilação mecânica.

Conclusões: 1) Houve um predomínio ligeiro do sexo masculino 57,4%; a maioria dos doentes são provenientes da consulta de pediatria 46,7% sendo os serviços de internamento que mais doentes referenciaram à nossa consulta os de medicina e U.C.I.P., a patologia predominante foi a bronquiolite 35,5%; 88,7% dos doentes foram tratados no Serviço; o pico da curva mensal situa-se no mínimo em Agosto e Setembro e no máximo em Novembro e Dezembro. 2) A Reabilitação Respiratória deve ser encarada como mais um tratamento ao dispôr do Clínico. 3) A cinesioterapia respiratória deve preceder sistematicamente a extubação.

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DA MÃO — Papel da (re)abilitação

M. Costa

Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia

1.ª jornadas de Reabilitação Infantil - Hospital D. Estefânia. Maio 1995

Palavras-chave: Malformação congénita da mão; Reabilitação.

RESUMO: Na 1.ª parte deste trabalho a autora realça a importância que pequenas malformações congénitas da mão têm para os pais e como este assunto é tratado na consulta da mão. Esta consulta é realizada conjuntamente por um médico cirurgião e um médico fisiatra. Deste modo é conseguida uma avaliação estética e funcional simultânea da mão da criança. Os pais são informados destes dois objetivos, da importância relativa de cada um e de que a prevalência da estética nem sempre acarreta uma melhor função da mão.

Na 2.ª parte deste trabalho é referido o movimento da consulta da mão desde a sua fundação, em 1991, e a sua estatística nosológica, comentando as suas semelhanças e diferenças com idênticos estudos americanos e asiáticos.

Na 3.ª parte é exposto o modo como é feita a reabilitação no sector de terapia ocupacional do Serviço de M.F.R. das quatro patologias mais frequentes, nomeadamente sindactilia, polidactilia, campodactilia e clinodactilia.

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DOS MEMBROS — Conceitos

M. Vasconcelos, L. Medeiros, M. Cary, B. Condeço, M. Levy.
Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia
1.^{as} jornadas de Reabilitação Infantil - Hospital D. Estefânia. Maio 1995.

RESUMO: Os autores tecem inicialmente algumas considerações genéricas sobre malformações congénitas dos membros, apresentando em seguida a classificação geral das mesmas.

É depois descrita a classificação da Sociedade Internacional de Próteses e Ortóteses (ISPO), para as deficiências congénitas dos membros e as condições em que esta se baseia.

Finalmente, são apresentados alguns exemplos de malformações congénitas dos membros, sendo salientado o facto de que muitas vezes estas surgem associadas.

SPINA BÍFIDA E MARCHA

C. Cary, A. Vasconcelos, I. Medeiros, E. Marques, A. Santos; I. Pereira, C. Loff
Serviço de Fisiatria do H. D.E

VII Curso de Fisiatria para pós-graduados - Hospital Universitário de Coimbra; 1.ª Jornadas de Reabilitação Infantil - Hospital de Dona Estefânia. Maio 1995

RESUMO: As autoras introduzem o trabalho com algumas generalidades sobre Spina Bífida, focando conceitos como definição, incidência, prevalência, diagnóstico pré-natal e prevenção.

São depois apresentados os quadros clínicos com referência aos grupos musculares preservados para cada nível neurológico compatível com a vida (níveis dorsais baixos até níveis sagrados).

Para cada nível foi apresentado o tipo de deambulação possível, e as ortóteses e ajudas técnicas a utilizar.

Foram focadas as ajudas técnicas e ortóteses a utilizar de um modo geral para cada idade, respeitando a evolução do desenvolvimento psicomotor da criança.

O trabalho termina com a apresentação de um filme em que é possível observar o tipo de marcha de diversas crianças com diferentes níveis neurológicos de Spina Bífida, em tratamento no serviço de Fisiatria do H.D.E.

QUANDO CHAMAR O FISIATRA

V. Reis, M. Costa, A. Soudo

Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia
Sala de Conferências do Hospital de Dona Estefânia, Novembro 1995

RESUMO: O principal objectivo deste trabalho foi a divulgação do papel do Fisiatra no seguimento de crianças com Torcicolo Muscular Congénito, Paralisia Obstétrica do Plexo Braquial, Atitude escoliótica, Geno Valgo, Pé Plano / «Pé gordo do bebé» e com Anomalias Congénitas do Membro Superior.

Estas entidades foram escolhidas pelos autores por serem frequentemente observadas na consulta externa do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Dona Estefânia e por terem indicação para tratamento fisiátrico numa fase inicial.

Os autores começaram por fazer uma revisão bibliográfica destas entidades separando-as em dois grupos, consoante o tipo de intervenção terapêutica. Aquelas que necessitavam, de uma intervenção fisiátrica precoce e activa, tais como o Torcicolo Muscular Congénito, a Paralisia Obstétrica do Plexo Braquial e as Anomalias do Membro superior e aquelas que requeriam apenas uma vigilância periódica sem qualquer intervenção terapêutica, por serem consideradas como uma variante fisiológica do desenvolvimento normal da criança, tais como a Atitude escoliótica, o Geno Valgo e o Pé Plano flexível.

Por fim, os autores delinearão os objectivos, as principais linhas terapêuticas, a evolução e o prognóstico funcional de cada uma destas entidades.

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE ADMINISTRAÇÃO DE KETAMINA
RECTAL / INTRAMUSCULAR NA UNIDADE DE QUEIMADOS
NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA**

C. Castanheira, F. Lopes, I. Peixer, T. Rocha, M. Candeias, T. Cenicante, M. Viegas, L. Faro
Serviço de Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia
Reuniões do Serviço de Anestesia. 1995.

RESUMO: Efectuou-se um estudo comparativo entre a administração de Ketamina por via rectal / via IM; em ambos os casos associados a uma benzodiazepina (Midazolam) e a um parassimpaticolítico (Atropina), segundo protocolo elaborado.

O grau de sedação foi avaliado através da escala de Ramsay.

O estudo teve por objectivo demonstrar a vantagem da administração rectal, quanto à comodidade e menor ansiedade do doente.

A administração IM por si só, atingiu quase sempre o nível 5 da escala. A administração rectal atingiu níveis que variaram entre 2 e 4, necessitando quase sempre de complemento inalatório.

Por tratar-se de Cirurgia de curta duração, considerou-se vantajosa a administração rectal nos objectivos propostos.

ESTUDO RETROSPECTIVO E CASUÍSTICO DE 9 ANOS DE ANESTESIA EM CIRURGIA DE URGÊNCIA NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

H. Galante, R. Duarte, C. Castanheira, A. Moniz, A. Gonçalves, I. Peixer, T. Rocha, M. Moniz, M. Candeias, T. Cenicante, M. Viegas, J. Militão, L. Nóbrega, C. Barros, H. Lacerda, I. Faro
Serviço Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia
P. Casella - Departamento de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia
Reuniões do Serviço de Anestesia. 1995

RESUMO: Durante o período compreendido entre Junho de 1986 e Fevereiro de 1995, foram realizadas 7906 anestésias para cirurgia de urgência.

A distribuição dos doentes de acordo com o grupo etário foi o seguinte: <28 dias = 841 (11%); >28 dias <1 ano = 1245 (16%); > 1 ano < 5 anos = 1995 (25%); >5 anos < 12 anos = 3392 (43%) e > 12 anos = 433 (5%).

Efectuaram-se os seguintes tipos de intervenção: Cirurgia Neonatal = 841 (11%); Cirurgia Geral = 4530 (57%); Cirurgia Urogenital = 505 (6%); Cirurgia Plástica = 850 (11%); Cirurgia Ortopédica = 1126 (14%) e ORL = 54 (1%).

As anestésias para Cirurgia Neonatal foram distribuídas pelas seguintes especialidades: 596 para Cirurgia Geral, 57 para Neurocirurgia, 132 para Cirurgia cardiotorácica, 29 para Cirurgia Urogenital e 27 para Cirurgia Ortopédica.

PROTÓCOLOS DE ACTUAÇÃO ANESTÉSICA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA DE URGÊNCIA NO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

H. Galante, R. Duarte, C. Castanheira, A. Moniz, A. Gonçalves, I. Peixer, T. Rocha, M. Moniz, M. Candeias, T. Cenicante, M. Viegas, J. Militão, L. Nóbrega, C. Barros, H. Lacerda, L. Faro
Serviço Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia
Reuniões do Serviço de Anestesia. 1995

RESUMO: Com base na estatística de 9 anos (Junho de 1986 a Fevereiro de 1995) de Anestesia em Cirurgia Pediátrica de urgência, foram elaborados protocolos de actuação anestésica para as situações mais frequentes e para as que pela sua raridade / complexidade pudessem agravar o risco anestésico. Assim, foram elaborados protocolos para: Atrésia do Esófago, Estenose Hipertrofica do Píloro, Enterocolite Necrosante, Extrofia da Bexiga, Gémeos Siameses, Hérnia Diafragmática Congénita, Micromeningocele, Onfalocele / Gastrosquisis, Oclusão Intestinal, Hemorragia Pós-Amigdalectomia, Broncoscopia e Esofagoscopia.

VERTENTE INTERNA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA — Experiência da Equipa G em 1994

L. Pereira, L. Varandas, E. Soares, M. Zarcos, E. Rosa, I. Leal, R. Pina, G. Romão, J. Baptista,
L. Gama

Reunião do Serviço de Urgência. Sala de Conferências do Hospital de Dona Estefânia. Novembro 1995.

RESUMO: Durante o ano de 1994 a Equipa G registou todas as chamadas às Enfermarias, visando o tipo de população, patologia de internamento, hora e motivo da chamada, se tinham ou não informação clínica, se eram ou não urgentes, a nossa actuação e o tempo dispendido.

A Equipa G fez 53 Bancos, tendo tido 223 chamadas e dispendido 3826 minutos, isto é, 2,6 dias. O tempo médio dispendido foi de 19 minutos (mínimo: 5 minutos, máximo: 60 minutos).

A população assistida foi de 63% de crianças do sexo masculino e 63% com idade inferior a 2 anos.

O tipo de patologia que necessitou de mais chamadas foi, por ordem decrescente, a patologia respiratória, hematológica / imunodeficiências e gastroenterológica.

As chamadas foram fundamentalmente para reavaliação clínica e/ou laboratorial (68,8%) nos serviços de Medicina, por outra patologia diferente da que determinou o internamento (21,5%) nos serviços de Cirurgia. Por acidentes (3,1%), dificuldades na administração da terapêutica (3,1%) e problemas burocráticos (3,6%).

O número de chamadas programadas foi semelhante ao número de chamadas não programadas. Das chamadas programadas, 87,3% tinham informação clínica; nas chamadas não programadas havia um ligeiro predomínio de chamadas não urgentes.

Comparámos as características das chamadas com o tempo de internamento, considerando internamento prolongado os internamentos com duração superior a 30 dias. Seja internamento prolongado, seja internamento curto, não há diferenças significativas. Fizemos a mesma abordagem em relação a doença crónica. A maioria das chamadas nas doenças crónicas são programadas (59,4%); o contrário se passa nas doenças agudas (40,7% das chamadas programadas). Em ambas as situações é elevado o número de chamadas programadas com informação clínica.

Ao analisarmos o ritmo das chamadas, verificámos que o maior número de chamadas foi no período entre as 18 e as 19 horas, independentemente de se tratar de patologia respiratória, hematológica/imunodeficiências e gastroenterológica. Já em relação ao grupo das doenças infecto-contagiosas se assistiu a um comportamento diferente: não havia predomínio da hora das chamadas.

As atitudes tomadas foram de manutenção (89 casos), medicação (84 casos), reavaliação posterior (38 casos), vigilância (36 casos), observação por colegas doutras especialidades (8 casos) e transferência para outros serviços (4).

Não houve agravamento nem falecimento de nenhuma das crianças; em 17,5% houve melhoria clínica e 78,5 mantiveram o mesmo estado.

Concluindo: O maior número de chamadas é à custa de Enfermarias da 1.ª infância e por patologia respiratória, a moda das chamadas é às 19 horas; a maioria das chamadas são para reavaliação clínica/laboratorial; e a maior percentagem de chamadas ocorreu na Unidade de Doenças Infecto-Contagiosas.

M. Fonseca, T. Moreno, C. Cruz, F. Cunha
Acta Pediátrica Portuguesa. Nov/Dez 1995

RESUMO: Os autores sensibilizados pelo grande afluxo de crianças que recorrem ao Serviço de Urgência por motivos não urgentes, elaboraram um inquérito com o objectivo de conhecer os factores subjacentes à decisão dos pais de levar a criança à Urgência. Numa amostra aleatória de 1000 utentes analisam os dados relativos à idade/sexo/residência/classe social/tipo de assistência médica/patologia e razões da ida ao Hospital.

Esta série (n=1000) foi constituída por 533 (53,3%) crianças do sexo masculino e 467 (46,7%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os três dias de vida e os 15 anos (média de 3,4 anos), 95% provenientes da área da grande Lisboa. A grande maioria recorre por iniciativa própria, 46,7% nas primeiras 24 horas de doença e 26,3% já tinham consultas prévias pela mesma doença. A patologia respiratória foi predominante (39,6%). Apenas 25,2% das crianças foram consideradas portadoras de situações urgentes, embora nem todas necessitassem do nível de cuidados de um hospital central.

Concluem discutindo as razões que levam os utentes a recorrer ao Serviço de Urgência e a ultrapassarem as estruturas de saúde locais e apontam algumas soluções possíveis.

CASUÍSTICA OPERATÓRIA DE UMA EQUIPA CIRÚRGICA - 2 ANOS

P. Casella, C. Borges F. Alves, L. Nóbrega, T. Cenicante, M. Candeias
Serviço de Urgência do H. D. E.
V Reunião da Associação de Pediatras do H.D.E.
Lisboa. Junho 1995.

RESUMO: Apresentou-se uma revisão da casuística operatória observada ao longo de 2 anos numa mesma equipa cirúrgica e anestésica que assegura semanalmente um período de 24 horas da Urgência Cirúrgica do HDE.

A análise dos dados revelou uma média de 2,5 intervenções por cada período de 24 horas.

Foi descrita a incidência das diversas patologias, salientando-se a patologia neonatal na qual a enterocolite necrosante apresentou uma frequência significativa.

Também se verificou uma elevada ocorrência do estabelecimento de acesso venosos.

Por último fez-se uma análise crítica da morbilidade e mortalidade verificadas nos casos por nós tratados durante os últimos 2 anos.

A. Macedo, M. Santos, M. Vale, I. Andrade, I. Barata, N. Andrade, P. Luís,
C. Vasconcelos, J. Carapau
IV Congresso Português de Pediatria
Santa Maria da Feira. Abril 1995

RESUMO: Introdução: A presente casuística tem como objectivo contribuir para um melhor conhecimento dos aspectos epidemiológicos actuais das Intoxicações Pediátricas.

Material e Método: Foram revistas as fichas de atendimento do Serviço de Urgência entre 1 Abril 91 e 31 Março 93, sendo seleccionados os casos de intoxicação; analisou-se o tipo de intoxicação, tóxicos envolvidos, sexo, idade, e a hora, dia de semana e mês em que a intoxicação ocorreu. Nas crianças internadas, reviram-se os respectivos processos, determinando a sintomatologia, terapêutica, duração do internamento e sequelas.

Resultados: Foram observadas no Serviço de Urgência 221 607 crianças, 626 por intoxicação; destas, 460 foram internadas: 103 na Sala de Observações do Serviço de Urgência; 201 nas Enfermarias de Medicina; 156 na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Em 545 casos a intoxicação foi acidental (87%), em 35 iatrogénica (5,6%) e em 46 voluntária (7,4%). As intoxicações medicamentosas predominaram - 59%. As benzodiazepinas - 84 casos e os antihistamínicos - 34 casos foram os fármacos mais frequentemente implicados; nas intoxicações não medicamentosas, os cáusticos e os pesticidas foram os mais frequentes.

O sexo masculino predominou (56%); a idade média foi de 3,53 anos, tendo 82% menos de 5 anos. Nas intoxicações voluntárias predominou o sexo feminino (60,9%) e a média de idades foi de 11,9 anos. Observou-se um predomínio entre as 18-21 horas e nos meses da Primavera.

Embora menos frequentes, as intoxicações não medicamentosas foram as mais graves: 6 casos de esofagite cáustica e 2 encefalopatias anóxicas por organofosforados.

Conclusões: A comparação destes resultados com outras casuísticas, mostra globalmente uma redução significativa da taxa de incidência das intoxicações, acompanhada por um aumento preocupante do número de intoxicações voluntárias. Apesar da evidência de uma evolução favorável, as intoxicações em Pediatria mantêm um peso social e económico importante que acentua a necessidade de continuar a implementar as estratégias de prevenção primária.

M. Valc, J. Estrada, J. Ramos, M. Santos, S. Nóbrega, C. Vasconcelos
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) - Hospital de Dona Estefânia
15th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine. Bruxelas. Março 1995.
5.º Congresso PanAmericano e Ibérico de Medicina Intensiva - Lisboa. Junho 1995

RESUMO: Objectivos: 1) Caracterizar as falências de órgão em Pediatria, em relação ao momento da falência, órgãos em falência e evolução dos doentes com falência de órgão 2) Avaliar o valor predictivo do Pediatric Risk of Mortality (PRISM) para a população global da UCIP e para os doentes com falência múltipla de órgão (MOF). 3) Identificar factores de risco de mortalidade em doentes com MOF.

Métodos: Estudo retrospectivo num período de 2 anos, numa UCI pediátrica. Foram usados os critérios de MOF de Wilkinson et al. A probabilidade de morte foi calculada de acordo com Pollack et al, baseada no PRISM de entrada, previamente registado. A discriminação foi estudada pela «area under ROC curve» e a calibração pelo «Hosmer and Lemeshow test». Para avaliar os factores de risco de mortalidade na MOF, usou-se uma regressão univariada por forma a obter Odds Ratio e intervalos de confiança de 95% para cada factor.

Resultados: Foram avaliados 1120 doentes, com uma mediana de idades de 23,5 meses, 961 (85,8%) médicos e 159 (14,2%) cirúrgicos. Houve 187 (16,7%) doentes com uma falência de órgão (OF); destes, em 180 (96,3%) era já presente na altura da admissão; 7 doentes tiveram falência não simultânea de mais de um órgão. A taxa de mortalidade da OF foi de 3,7% (7). Cento e um doentes (9,02%) tiveram MOF estando já presente na admissão em 90 (89,1%). Houve 47 doentes (46,6%) com 2 órgãos em falência, 42 (41,6%) com 3 falências de órgão, 10 (9,9%) com 4 OF e 2 (1,98%) com falência de 5 órgãos. A mortalidade foi, respectivamente, de 23,4%; 66,7%; 80% e 100% e a taxa de mortalidade global das MOF foi de 48,5% (49).

A performance do PRISM quando aplicado à população total foi: discriminação $W=0,959$ $SE=0,00085$ e calibração $H=13,271$ e $p=0,104$. O «standardised mortality risk» foi de 0,914 (óbitos verificados 56/óbitos esperados 61,26).

A performance do PRISM no grupo das MOF foi: discriminação $W=0,732$ $SE=0,036$ e calibração $H=29,780$ e $p=0,00026$, com um «standardised mortality risk» de 1,337 (óbitos verificados 49 / óbitos previstos 36,64). Os indicadores de risco de mortalidade na MOF, revelados pela análise univariada foram: PRISM ≥ 15 (5,68); número de órgãos em falência ≥ 3 na admissão (7,77) e número máximo de órgãos em falência ≥ 3 (7,91).

Conclusões: A incidência, momento da falência, taxa de mortalidade global e mortalidade conforme o número de órgãos em falência, é semelhante à pouca bibliografia pediátrica existente sobre o tema. A performance do PRISM na previsão da mortalidade foi adequada quando aplicado à população em geral, com uma boa calibração e discriminação, mas revelou uma insuficiente discriminação e uma má calibração no grupo MOF.

Os factores de risco de mortalidade identificados na nossa população MOF foram: PRISM de admissão ≥ 15 e um número de órgãos em falência ≥ 3 , tanto na admissão como máximo.

UMA ACALÁSIA «MUITO» COMPLICADA

S. Pinto

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)

Departamento de Cirurgia - Sec. Cirurgia Geral. Unidade de Gastroenterologia

V Reunião da Associação dos Pediatras do Hospital de Dona Estefânia

Sala de Conferências do Hospital de Dona Estefânia (H.D.E). Junho 1995

Palavras-chave: Acalásia; Fitobezoar.

RESUMO: Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 3 anos, sexo masculino, raça negra, natural de Cabo Verde, com antecedentes pessoais irrelevantes e que inicia quadro clínico de vômitos e regurgitação com acentuada repercussão ponderal.

Internada aos 12 e 18 meses no Hospital Central de Cabo Verde, é posteriormente transferida em Janeiro de 1994 para o Hospital de São Francisco Xavier por Refluxo Gastro-Esofágico, Infecção Respiratória e Malnutrição grave (Grau 3 da Escala de Gomez).

É submetida a estudos complementares que conduzem ao diagnóstico de ACALÁSIA, pelo que é transferida em março/94 para o H.D.E.(Serviço de Cirurgia) para correção cirúrgica.

Da evolução clínica, salienta-se quadro de diarreia arrastada e otite, com repercussão ponderal grave, que condiciona antibioterapia múltipla e antrectomia.

Durante a sua permanência na enfermaria, é feita referência frequente a comportamento de pica e estado de tristeza e isolamento, sugestivos de depressão.

Em Julho/94 é transferida para a U.C.I.P. por quadro clínico de Sepsis e ileus paralítico associado a distensão abdominal grave, que implica intervenção cirúrgica emergente. Durante a laparotomia exploradora, é detectada peritonite difusa com perfuração do jejuno e múltiplos FITOBEZOARES intraperitoneais e intraluminais, pelo que é efectuada jejunostomia e gastrostomia e num segundo tempo, ilcostomia.

A sua evolução no pós-operatório imediato, caracterizou-se por difícil ventilação e acentuada instabilidade hemodinâmica e metabólica, verificando-se significativa melhoria médica e cirúrgica entre a 3.ª e 4.ª semana de internamento, com reconstrução do trânsito intestinal um mês após a primeira intervenção cirúrgica.

Clinicamente bem, é transferida ao 38.º dia de internamento para o Serviço de Cirurgia.

Em Outubro/94 e Janeiro/95 é submetida a correção cirúrgica da Acalásia - Miotomia, com bom resultado cirúrgico.

A evolução ponderal foi excelente e ao fim de 15 meses de internamento, quase triplica o seu peso inicial.

**TÁQUICÁRDIA SUPRAVENTRICULAR
EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

C. Cruz, N. Guerreiro, L. Ventura, J. Ramos, M. Santos, C. Vasconcelos, C. Trigo, M. Lima.
Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria - H.D.E

Hospital Santa Marta

V Reunião da Associação dos Pediatras de H.D.E. - Junho 1995

RESUMO: Os autores começam por descrever de forma sumária um caso clínico de taquicardia supra ventricular (TSV) de apresentação grave. Trata-se de um lactente de 2 meses, sexo masculino, sem antecedentes familiares ou pessoais relevantes que recorreu ao S. U. com quadro de choque, na sequência de sintomatologia inespecífica com evolução de 24 horas. A observação clínica e analítica indicaram tratar-se de choque cardiogénico.

Os autores finalizam com a revisão dos casos de TSV diagnosticados e tratados na UCIP em 1994/95. Obtiveram um total de 5 casos (4 sexo masculino e 1 sexo feminino). Analisam a distribuição etária, formas clínicas de apresentação, tratamento e profilaxia instituída.

Concluem com a chamada de atenção para o facto de que a TSV paroxística constitui a arritmia mais frequente em pediatria e inclui-se no diagnóstico diferencial de choque num lactente.

DOENÇA GRANULOMATOSA CRÓNICA

— Caso clínico

M. Brito, R. Valente, I. Fernandes, A. Serrão, C. Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia. Junho 1995

IV Reunião dos Pediatras do Hospital de Dona Estefânia

RESUMO: Os autores apresentam um caso clínico de Doença Granulomatosa Crónica, num lactente de 8 meses de idade, do sexo masculino, previamente assintomático.

Tratava-se de uma criança transferida do Hospital Distrital de Abrantes por coma pós paragem respiratória, status pós apendicectomia e sépsis.

Ao exame objectivo verificou-se também a existência de múltiplos nódulos sub-cutâneos, duros, eritematosos, alguns com centro necrótico, que colocaram problemas de diagnóstico diferencial.

O interesse da apresentação deste caso é não só a raridade desta entidade, mas principalmente a confirmação do mesmo diagnóstico num irmão com antecedentes de infecções graves de repetição.

FALÊNCIAS DE ÓRGÃO EM PEDIATRIA

J. Estrada, M. Vale, J. Ramos, M. Santos, S. Nóbrega, C. Vasconcelos

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

Reunião da Associação dos Pediatras do I.L.D.E., Junho 1995

Palavras-chave: Cuidados Intensivos; Pediatria; Índices Gravidade; Falência de Órgão; Risco de Morte

RESUMO: Objectivos: 1) Caracterizar as falências mono (OF) e multiorgão (MOF) numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos em relação a: altura do internamento em que ocorrem; associação de órgãos em falência e evolução dos doentes com falência mono e multiorgão.

2) Avaliar a performance de um índice de gravidade, o Pediatric Risk of Mortality (PRISM), para a população total da Unidade e para o grupo das falências multiorgão.

3) Identificar marcadores de risco de mortalidade nos doentes com MOF.

Métodos:

Revisão de uma base de dados e análise retrospectiva de todos os doentes internados em relação a critérios de OF e MOF. Para efeitos de definição de falência de órgão utilizaram-se os critérios sugeridos por Wilkinson et al. e para o cálculo de mortalidade a fórmula proposta por Pollack, baseada no PRISM.

População:

Total de doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de um Hospital Terciário, durante um período de dois anos (Abril de 1991 a Março de 1993).

Resultados Principais:

Foram avaliados 1120 doentes, com uma média de idades de 45.9 ± 51.1 meses, sendo 961 (85.8%) médicos e 159 (14.2%) cirúrgicos. Eram previamente saudáveis 695 (62.1%), sendo os restantes 424 (37.9%) portadores de doença crónica. A mortalidade geral foi de 5% (56 doentes).

Cento e oitenta e sete doentes (16.7%) preencheram critérios de falência mono-órgão (OF), destes, 180 (96,3%) estavam em OF já à entrada e 7 (3.7%) tiveram falência não simultânea de mais de um órgão.

A mortalidade dos doentes com falência mono-órgão foi de 3.7% (7 doentes).

Cento e um doentes (9.02%) tiveram falência multiorgão (MOF), definida como falência simultânea de dois ou mais órgãos, em qualquer altura do internamento. Existia MOF já à entrada em 90 doentes (89.1%). Houve 47 doentes com falência máxima de 2 órgãos (46.6%), 42 (41.6%) com falência de 3 órgãos, 10 (9.9%) com falência de 4 órgãos e 2 (1.98%) com falência de 5 órgãos. A mortalidade por número de órgãos em falência foi respectivamente de 23.4%; 66.7%; 80% e 100%.

A mortalidade global dos doentes com falência multiorgão foi de 48.5% (49 doentes).

O PRISM revelou uma boa performance quando aplicado na totalidade dos doentes: discriminação (W) (avaliada pela área sob a curva ROC) $W = 0.959$ $SE = 0.00085$ e calibração (H) (avaliada pelo Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test) $H = 13.217$ $p = 0.104$. Quando aplicado ao grupo das MOF a discriminação foi aceitável ($W = 0.732$ $SE = 0.036$) mas a calibração foi má ($H = 29.780$ $p = 0.00026$).

No grupo das MOF a análise univariada mostrou que uma idade >12 meses, um PRISM > 15 e um número de órgãos em falência ≥ 3 eram variáveis significativas. A análise multivariada confirmou o score de PRISM ≥ 15 e um número de órgãos em falência ≥ 3 , tanto na admissão como máximo, como tendo importância significativa na probabilidade de morte.

Baseado nesta análise cria-se um modelo de probabilidade de morte nos doentes com MOF: P (morte) = $eR / 1 + eR$ em que $R = -5.367 + 0.0861 \times \text{PRISM} + 1.376 \times \text{MNOF}$ (MNOF = número máximo de órgãos em falência). Para avaliar o goodness-of-fit test deste modelo efectuou-se o teste de Hosmer-Lemeshow: $H = 9.35$ e $p=0.314$, concluindo-se que o modelo está bem ajustado à população avaliada.

SUPORTE VENTILATORIO NA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

A. Macedo, M. Santos, M. Vale, C. Vasconcelos
5.º Congresso Panamericano e Ibérico de Medicina Intensiva
Lisboa - Junho 1995

RESUMO: Objectivos: apresentar a casuística da população ventilada por insuficiência respiratória na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Dona Estefânia; determinar as complicações da ventilação, relacionando-as com factores de risco habitualmente implicados; determinar o valor prognóstico dos índices de oxigenação / ventilação e do PRISM (Pediatric Risk of Mortality) nesta sub-população de doentes.

Material e Métodos: análise retrospectiva dos doentes ventilados por insuficiência respiratória de Abril-91 a Dezembro -94. Os dados são apresentados como média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo., O tratamento estatístico foi efectuado através dos testes de X^2 e do t de Student.

Resultados: durante o período referido, foram internadas 1997 crianças, das quais 365 (18.3%) submetidas a ventilação mecânica; destas, 79 (21.6%) tinham insuficiência respiratória. A idade média dos doentes foi de 26.2 ± 43.2 meses (1 mês - 14 anos) e cerca de metade dos casos foram referenciados por outros Hospitais. A pneumonia - 39 doentes e a bronquiolite - 15 doentes foram as situações que mais frequentemente determinaram o recurso à ventilação. Em 40 crianças havia doença subjacente, na maioria das vezes respiratória. As principais complicações foram a atelectasia e o pneumotórax - 12 e 10 casos respectivamente. A modalidade ventilatória mais utilizada foi a pressão controlada (87%) e a duração média da ventilação foi de 114.3 h, com uma mediana de 89 h, tendo sido significativamente superior nos doentes com doença subjacente ou com barotrauma.

Relativamente aos parâmetros ventilatórios utilizados, não encontramos diferenças significativas nos grupos de doentes com atelectasia ou barotrauma, relativamente aos restantes. Os índices de oxigenação e de ventilação, habitualmente utilizados na avaliação dos doentes com insuficiência respiratória, não foram significativamente diferentes, comparando os doentes falecidos e sobreviventes. A mortalidade prevista - 18.5 óbitos, calculada com base no PRISM de entrada, mostrou uma correlação aceitável com a mortalidade observada - 23 óbitos, sendo esta condicionada de modo significativo pela existência de doença subjacente.

AVALIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS UTILIZANDO O RISCO DE MORTALIDADE PEDIÁTRICO (PRISM)

C. Vasconcelos, L. Ventura, I. Fernandes, R. Valente, A. Marques, D. Barata
5.º Congresso Pan-Americano e Ibérico de Medicina Intensiva.
Lisboa, Junho 1995

RESUMO: Para avaliar a performance da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia utilizando um score internacional, os autores fizeram um estudo prospectivo de 682 admissões consecutivas na Unidade durante um período de 17 meses.

A eficácia e a eficiência foram determinadas através do PRISM de admissão. A eficiência de admissão foi definida por dois critérios: a) Risco de mortalidade maior que 1% ou b) Administração de pelo menos uma terapêutica só possível numa UCI.

A idade média dos doentes foi de 50,6 meses (Mediana = 27); demora média foi 3,8 dias (Mediana = 2). A mortalidade prevista foi de 5,64% e a observada 5,87%, sendo a Standardized Mortality Ratio (SMR) = 1.04.

A Performance global do PRISM na predição da mortalidade foi boa, revelando boa discriminação (avaliada pela área sob curva ROC, $W = 0,86$) e boa calibração (avaliada pelo Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test, $X^2 [5] = 3,62$; $p > 0,5$).

Combinando os dois critérios referidos (Risco de mortalidade e administração de uma terapêutica de cuidados intensivos) 463 das 682 admissões foram consideradas eficientes (67,9%), correspondendo a 2177 (84,5%) dos 2562 dias de internamento.

Concluimos do nosso estudo que a avaliação da eficiência e eficácia da Unidade foi possível através da utilização do PRISM.

INFEÇÃO VIH EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

G. Nogueira, G. Neto, H. Oliveira, J. Estrada, A. Bessa, J. Oliveira-Santos, L. Rosado, C. Vasconcelos
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Hospital de Dona Estefânia.
I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. Lisboa. H.D.E.. Novembro 1995

RESUMO: Dado o número crescente de infecções pelo VIH na população Pediátrica, em alguns casos com necessidade de Cuidados Intensivos, os A.A. efectuam uma revisão retrospectiva dos doentes VIH internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia (HDE) num período de 54 meses (Abril de 1991 a Setembro de 1995).

São avaliados todos os doentes VIH internados, em relação aos seguintes parâmetros: idade, sexo, raça, motivo de internamento, demora e resultados na Unidade. Os reinternamentos pelo mesmo motivo não foram considerados.

É dada particular atenção ao grupo da patologia respiratória, apresentando-se sumariamente dois casos clínicos de infecção respiratória, um a *Pneumocystis Carinii* (PC) e outro a Citomegalovirus (CMV).

Resultados:

Foram internados 11 doentes com VIH, correspondendo a 0.47% dos internamentos na UCIP (2349). Estes 11 doentes correspondem a 17.4% dos 62 doentes com VIH actualmente seguidos na Consulta de Imunodeficiências do HDE.

Cinco (45.5%) dos doentes foram internados por Insuficiência Respiratória; três (27%) por desequilíbrio hidroelectrolítico; dois (18%) por patologia hematológica e um (9%) por infecção do S.N.C. A mortalidade global foi de 36.4% (4) sendo de 60% (3) no grupo respiratório e 50% (1) no grupo hematológico. Nos 5 doentes com Insuficiência Respiratória isolaram-se como agentes etiológicos, 3 P.C. (todos falecidos) e 2 C.M.V..

Os A.A. concluem que se tem verificado um aumento progressivo desta patologia na UCIP, correspondendo os internamentos em 1995 (7) a 63.3% do total de internamentos na Unidade por VIH.

As Insuficiências Respiratórias foram o grupo mais numeroso e o de pior prognóstico, sendo igualmente o que exigiu recursos mais diferenciados de Cuidados Intensivos.

CETOACIDOSE DIABÉTICA — Estudo retrospectivo de 3 anos

L. Varandas, R. Pina, J. Estrada, A. Mota, C. Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Hospital de Dona Estefânia.

Unidade de Endocrinologia Pediátrica (UEP). Hospital de Dona Estefânia.

I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. Lisboa. H.D.E. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores fazem um estudo retrospectivo dos internamentos por cetoacidose diabética (CAD), na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia, entre Abril de 1991 e Junho de 1994 (38 meses).

Dos 1771 internamentos neste período, 82 (4.6%) foram devidos a complicações de diabetes insulino dependente (DID). Destes 62 (82.7%) corresponderam a 40 crianças em CAD.

Das CAD, 26 (42%) foram reveladoras de DID e 36 (52%) ocorreram em crianças com DID já conhecida. Neste grupo, 4 crianças foram responsáveis por 18 internamentos.

São avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, sintomas iniciais/factores de descompensação, estado de hidratação e consciência, glicémia, osmolalidade, pH, bicarbonato e potássio séricos, complicações e evolução e duração do internamento, sendo feita a comparação entre as formas inaugurais e as descompensações.

Não se registaram óbitos ou sequelas neurológicas, tendo havido necessidade de ventilação mecânica em 2 doentes.

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DO DIAFRAGMA DE APRESENTAÇÃO TARDIA

I. Bretes, H. Neves, M. Valc, J. Estrada, C. Vasconcelos
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Hospital de Dona Estefânia.
1 Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.F. Novembro 1995.

RESUMO: As malformações congénitas do diafragma (MCD) dão habitualmente sintomatologia precoce e grave, necessitando de correcção cirúrgica no período neo-natal.

São revistos 8 casos de MCD em que o diagnóstico foi mais tardio, numa idade média de 6.6 ± 5.2 meses (mín 1 - máx 18).

Dos 8 casos, 6 apresentavam hérnias diafragmáticas (4 de Bochdaleck, 1 de Morgagni e 1 do hiato esofágico) e 2 correspondiam a eventrações diafragmáticas.

Em 2 casos não havia referência a sintomatologia prévia; 2 tinham manifestações respiratórias anteriores e 3 manifestações gastrointestinais. Apenas em 2 se verificava uma má progressão ponderal.

Todas as crianças foram sujeitas a correcção cirúrgica, tendo 6 necessitado de suporte ventilatório (média 50 horas; mín 8 - máx 96).

O único óbito verificado ocorreu na criança de menor idade, em que para além de uma eventração gigante coexistia hipoplasia pulmonar significativa. Nos restantes 7 casos a evolução foi boa.

COARCTAÇÃO DA AORTA — A propósito de um caso clínico

R. Massa, A. Vieira-Maccedo, M. Santos, M. Ferreira, M. Lima, C. Vasconcelos
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia.
H. St.ª Marta (Card. Pediátrica)
I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.E. Novembro 1995.

RESUMO: A coarctação da aorta representa 5 a 8% das cardiopatias congénitas, tratando-se de uma patologia em que o diagnóstico é essencialmente clínico. Com o objectivo de realçar a sua semiologia, os autores apresentam o caso clínico de um lactente de quatro meses de idade, do sexo masculino, com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes, transferido do Hospital Distrital de Abrantes, com quadro de choque e ventilado. Analiticamente, tinha compromisso da função renal, bacteriúria e acidose metabólica grave.

Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de sépsis; pielonefrite aguda / malformação renal; obstáculo de saída do ventrículo esquerdo. A observação por Cardiologia Pediátrica foi sugestiva de coarctação da aorta, tendo sido o diagnóstico confirmado por ecocardiograma.

Foi feita a correcção cirúrgica da coarctação, com evolução clínica posterior favorável.

ACIDENTES DE SUBMERSÃO EM PEDIATRIA

J. Morais, R. Massa, A. Macedo, M. Santos, C. Vasconcelos

Hospital de Dona Estefânia - UCIP

I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.E. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores fizeram a revisão dos casos de acidentes de submersão, internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, durante quatro anos - Abril de 1991 a Março de 1994.

Durante este período, foram internados nove doentes, todos vítimas de pré-afogamento, com uma idade média de 6.9 anos (18 meses - 12 anos). Ao contrário do habitualmente referido, houve um nítido predomínio do sexo feminino - sete doentes. A maioria dos acidentes ocorreu em piscina e sem supervisão.

Seis doentes tiveram alta sem sequelas, tendo em cinco deles, o período de submersão sido inferior a cinco minutos.

Dois doentes faleceram e um ficou com sequelas neurológicas graves.

Nestes três casos, o período de submersão foi prolongado e houve paragem cardiorespiratória.

SÍNDROME DE GUILLAN-BARRÉ NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

D. Barros, H. Loureiro, A. Marques, D. Barata, C. Vasconcelos
Hospital de Dona Estefânia
I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.F. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam uma série de 11 casos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital de Dona Estefânia (HDE), com o diagnóstico de entrada de Síndrome de Guillan-Barré, entre Abril de 1991 e Junho de 1995.

Três doentes foram enviados dos hospitais distritais, 4 dos serviços de Pediatria de HDE e 4 directamente do Serviço de Urgência do HDE.

A idade variou entre 12 meses e os 14 anos, sendo 8 do sexo masculino e 3 do sexo feminino.

O tempo decorrido entre o início do quadro clínico e o internamento na UCIP variou entre 1 e 12 dias, com duração de internamento que oscilou entre 1 e 24 dias.

Oito crianças efectuaram terapêutica com Imunoglobulina endovenosa. Três foram submetidas a ventilação mecânica.

As complicações verificadas consistiram em perturbações do ritmo cardíaco (2), hipertensão arterial (2), retenção urinária (2), pneumonia (1).

Na evolução verificou-se que em 8 casos o diagnóstico de entrada confirmou-se, havendo melhoria progressiva do quadro clínico, embora 2 doentes tivessem sido reinternados na UCIP.

Nos 3 casos restantes a evolução clínica não foi a habitual e os estudos efectuados revelaram tratar-se de Necrose Estriatal Aguda, Encefalomielite com Mielite Transversa Aguda, Poliradiculoneurite Infecciosa Aguda com componente mielítico associado.

Não houve mortalidade.

PROCESSO CLÍNICO 231/95: Sequestração esplênica

T. Almeida, A. Marques, C. Vale, D. Barata, C. Vasconcelos

Hospital de Dona Estefânia

I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.B. Novembro 1995.

RESUMO: Documenta-se o caso clínico de um lactente de raça negra, sexo feminino e 6 meses de idade, com antecedentes familiares de drepanocitose. Na sequência de intercorrência febril desencadeia anemia aguda grave que motiva internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia e de imediato colocação de cateter venoso central e ventilação mecânica de emergência. Analiticamente, a hemoglobina era de 2,4 g/dl, bilirrubina total de 1,24 mg/dl, falciformação espontânea e acidose metabólica grave. Concluímos tratar-se de sequestração esplênica em criança com drepanocitose. Houve regressão clínica e analítica em escassas horas após expansão vascular e concentrado eritrocitário fraccionado, permitindo a sua transferência para a Unidade de Hematologia às 48 horas de internamento.

A propósito deste caso clínico divulga-se o tipo de registos utilizado no processo clínico da UCIP, nos seguintes aspectos:

- Evolução e Terapêutica
- Procedimentos
- Resultados laboratoriais
- Informação clínica
- Folha de informatização

MALÁRIA GRAVE

P. Vale, L. Varandas, R. Valente, I. Fernandes, C. Vasconcelos
Unidade de Cuidados Intensivos - Hospital de Dona Estefânia
I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.B.. Novembro 1995.

RESUMO: Os A. A. fazem uma breve revisão dos internamentos por malária, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia, entre Abril 1991 e Junho de 1995.

Dos seis casos internados, descrevem um com critérios de malária grave.

Apresentou-se como estado de mal convulsivo e trombocitopenia que evoluiu com falência multi-orgânica.

Trata-se de uma criança de 5 anos de idade, natural e residente em Angola e desde há duas semanas em Portugal, destacando-se o facto de a mãe estar internada com o diagnóstico de malária.

O quadro clínico de apresentação e evolução em poucas horas foi extremamente exuberante com coma, choque, anemia normocítica grave coagulopatia de consumo, insuficiência renal, acidose metabólica grave, hipoglicémia, hiperbilirrubinémia e rabdomiolise extrema.

A parasitémia *Plasmodium Falciparum* era maciça.

Este caso clínico não levantou grandes problemas de diagnóstico já que o quadro era compatível com malária grave, mais que a história epidemiológica era altamente sugestiva.

O seu interesse reside não só na gravidade com que se apresentou e evoluiu, mas sobretudo nos problemas terapêuticos surgidos.

FACTOR DE NECROSE TUMORAL — alfa E SÉPSIS

N. Guerreiro, D. Barata, A. Marques, M. Vale, J. Estrada, I. Fernandes, R. Valente, A. Macedo, M. Santos, L. Ventura, J. Ramos, H. Santos, C. Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia.

Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia.

I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.E.. Novembro 1995

Palavras-chave: Sépsis; Choque séptico; Mediadores, TNF-alfa

RESUMO: Estudos recentes têm demonstrado que o TNF-alfa tem um papel relevante na patogénese do processo séptico.

Os autores apresentam os resultados preliminares de um estudo cuja finalidade foi estabelecer a relação entre níveis séricos de TNF-alfa e as diferentes fases evolutivas da infecção.

Foram efectuadas medições dos níveis séricos de TNF-alfa em 17 crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) com o diagnóstico de sépsis com ou sem choque.

A classificação de evolução do processo séptico foi realizado de acordo com a terminologia proposta por Roger Bone e modificada por McCracken.

A colheita de sangue foi feita no momento da admissão na UCIP a todas as crianças e a amostra foi recolhida em tubos «livres de pirogéneo-endotoxina». Os níveis de TNF-alfa foram obtidos por determinação quantitativa utilizando o método Elisa (Chromogenix AB).

Neste estudo preliminar os resultados foram os seguintes:

— Das 17 crianças estudadas, 3 apresentaram sépsis, 6 síndrome sépsis e 8 choque séptico (2 destas últimas faleceram);

Não se observou correlação entre os níveis séricos de TNF-alfa e as diferentes fases evolutivas da infecção; no entanto, 83% (5/6) das crianças sobreviventes com choque tiveram níveis superiores a 100 pg/ml;

— Nas crianças falecidas os níveis de TNF-alfa não se correlacionaram com a gravidade da infecção;

— Na maioria das crianças com valores elevados de TNF-alfa observou-se a ocorrência de maior número de casos com leucopénia, trombocitopénia, P.T.T. prolongado e valores de PRISM elevados.

MONOCUCLEOSE INFECCIOSA — a propósito de dois casos

H. Loureiro, L. Varandas, J. Ramos, L. Ventura, C. Vasconcelos
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia
I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.B. Novembro 1995

RESUMO: Os A.A. analisaram dois casos de Mononucleose Infecciosa com evolução fatal.

O primeiro caso, referente a uma criança de sexo masculino, dois anos de idade, evoluiu de forma arrastada com instalação progressiva de aplasia medular e de deterioração da função hepática. Foi instituída terapêutica com Prednisolona verificando-se ligeira melhoria clínica que regrediu após a suspensão desta. Concomitantemente, o surgimento de sepsis a *Staphylococcus aureus*, condicionou falência multiorgânica.

O segundo caso, também de uma criança de sexo masculino, de 22 meses de idade, apresentou evolução mais curta. Apresentando-se com o quadro clássico, efectuou mielograma que foi compatível com Mononucleose Infecciosa. Pelo agravamento súbito do estado geral, foi transferido para a UCIP já em estadio terminal. As análises efectuadas pós-mortem, revelaram falência hepática e anemia aguda acompanhada de reacção leucemóide. As serologias foram positivas para o Vírus de Epstein Barr.

Perante estes dois casos, são tecidas algumas considerações sobre a etiopatogenia da doença e apontadas as complicações mais graves da infecção pelo Vírus de Epstein Barr. Faz-se ainda referência a algumas atitudes terapêuticas preconizadas nas situações graves.

DESIDRATAÇÃO HIPERNATRÊMICA — Caso clínico

T. Martins, L. Ventura, J. Ramos, C. Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital de Dona Estefânia

I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. H.D.E. Novembro 1995.

RESUMO: Apresenta-se o caso clínico de um lactente de um mês e meio de idade, internado na U.C.I.P. por acidose metabólica grave e hipoxémia.

Antecedentes pessoais: IIIG, IIIP, gravidez vigiada, de termo; parto eutócico, hospitalar, R.N. A.I.G., com período neonatal sem intercorrências e boa evolução estatura-ponderal.

Dois dias antes do internamento teve febre (por infecção respiratória) e ingestão de 3 biberões com concentração duas vezes superior ao normal. Foi internado no Hospital Distrital do Barreiro, após crise de cianose e dificuldade respiratória. Cerca de 24 h depois, foi transferido para a U.C.I.P. do H.D.E., por acidose metabólica (ph=6.67; HCO₃=4.8; B.E.=24.5) e Hipoxémia.

Apresentava à entrada na U.C.I.P.: Insuficiência Respiratória, Convulsões que evoluíram para estado de mal electro-clínico, Acidose metabólica, Insuficiência Renal e um grave desequilíbrio hidro-electrolítico (Hipernatrémia, Hipocalcémia, Hiperfosfatémia e Hipocaliémia).

Foi submetido a ventilação mecânica durante 5 dias. Fez alimentação parentérica e terapêutica com Fenobarbital, Difenilhidantoina, Cefotaxime e correção hidro-electrolítica, com boa evolução clínica e laboratorial. Foi, inicialmente, admitida a hipótese de uma D. Metabólica de base, complicada de sepsis. Todavia, os resultados negativos dos respectivos exames complementares e a evolução favorável da situação clínica, foram compatíveis com o diagnóstico de Desidratação Hipernatrémica, por alimentação hiperosmolar. Faz-se a discussão fisiopatológica da situação.

DEFICIE DE 3-HIDROXI-ACIL-COA DESIDROGENASE DE CADEIA LONGA

H. Flores, D. Barata, A. Marques, A. Macedo, T. Almeida, C. Vasconcelos
Hospital de Dona Estefânia
I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos, H.D.E., Novembro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam o caso clínico de uma lactente de 8 meses de idade, raça caucasiana, com história familiar de falecimento de crianças no período de recém-nascido e de lactente. Antecedentes pessoais irrelevantes.

Aos 6,5 meses inicia episódios frequentes de hipoglicémia não cetônica e não cetonúrica, com vários internamentos num hospital distrital. Foi para a hipótese de diagnóstico de defeito da β -oxidação dos ácidos gordos e iniciados os estudos nesse sentido, que foram inconclusivos.

Aos 8 meses é internada na UCIP do HDE em paragem respiratória e bradicárdia.

O exame clínico e os exames complementares efectuados revelaram para além da hipoglicémia, hipotonia, hepatomegália com alteração da função hepática e miocardiopatia hipertrófica.

O estudo dos ácidos orgânicos urinários revelou uma acidúria dicarboxílica e o dosamento enzimático na cultura de fibroblastos, mostrou que se tratava de défice de 3-hidroxi-acil-COA desidrogenase de cadeia longa.

Apesar da terapêutica instituída e suplemento dietético com carnitina e triglicéridos de cadeia média, faleceu ao 54.º dia de internamento em insuficiência cardíaca.

SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO

H. Neves, R. Valente, I. Fernandes, C. Vasconcelos

UCIP - HDE

I Reunião de Cuidados Intensivos Pediátricos. HDE. Novembro 1995

Palavras-chave: Choque tóxico; Falência multiorgânica

RESUMO: Os autores apresentam um caso clínico de uma criança do sexo masculino, raça negra, com 15 meses de idade, internado na UCIP com convulsão generalizada e choque.

No dia anterior fora submetido a herniorrafia inguinal selectiva que decorreu sem complicações.

Cerca de 10 h depois inicia febre, vômitos e diarreia, situação agravada por convulsão tónico-clónica generalizada e prostração.

Inicia expansão vascular e inotrópicos, sendo para isso utilizada a via intraóssea, precedendo o catéter central.

Faz-se a correcção do desequilíbrio hidroelectrolítico, terapêutica substitutiva de derivados de sangue e direccionada (antibioterapia, anticonvulsivante).

Salienta-se o facto de apresentar quadro clínico de envolvimento multisistémico que preenche todos os critérios de diagnóstico de choque tóxico, incluindo exames bacteriológicos negativos à data de internamento.

Foi isolado *S. aureus* em exsudado da sutura operatória.

A evolução foi favorável.

CATETERISMO DA VEIA SUBCLÁVIA EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS — Análise prospectiva de 3 anos

A. Marques, D. Barata, J. Ramos, J. Estrada, I. Fernandes, A. Macedo, M. Santos, C. Vale, R. Valente, L. Ventura, C. Vasconcelos

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

Acta Pediátrica Portuguesa. 1995

Palavras-chave: Cateter venoso central; Veia subclávia; Pediatria; Cuidados intensivos.

RESUMO: Apresentam-se os resultados do estudo prospectivo dos primeiros 145 cateterismos da veia subclávia efectuados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia nos seus 3 primeiros anos de funcionamento (Abril de 1991 - Março de 1994).

Foram submetidos a cateterismo 131 doentes com idades compreendidas entre 1 mês e 15 anos e pesos entre 1.9 e 60.0 kg. Foram utilizados 88 cateteres monolúmen e 57 multilúmen. A técnica utilizada foi a de Seldinger com abordagem infraclavicular. A taxa de sucesso foi de 90% e o número de tentativas foi de 2.7 ± 2.4 . A duração média da cateterização foi de 7.5 ± 7.2 dias (monolúmen: 7.9 ± 7.7 dias; multilúmen: 6.8 ± 6.2 dias).

Houve 22 complicações major e 35 minor. A incidência de sépsis de cateter foi de 6.9%.

A remoção dos cateteres foi electiva em 91 (62.8%) casos, por oclusão em 21 (14.5%) casos e por outras complicações em 33 (22.7%) casos.

Não houve mortalidade atribuível ao cateterismo.

Conclui-se que os resultados obtidos, quanto aos parâmetros estudados, estão em conformidade com os divulgados na literatura consultada; que a aprendizagem da técnica é relativamente fácil, desde que supervisionada e que a sua aplicação tem alta taxa de sucesso e baixa incidência de complicações.

REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

M. Vale, A. Macedo, A. Marques, D. Barata, I. Fernandes, J. Estrada, J. Ramos, L. Ventura, M. Santos, R. Valente, C. Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

Acta Pediátrica Portuguesa. 1995.

Palavras-chave: Paragem cardio-respiratória; Reanimação cardio-respiratória; Cuidados intensivos pediátricos.

RESUMO: Os autores analisam um grupo de doentes submetidos a reanimação cardio-respiratória, numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, num período de dois anos.

Todos os doentes reanimados pertenciam às classes CCS III e IV.

Sobreviveram 22.7% dos reanimados, dois dos quais com graves sequelas neurológicas.

Não houve sobrevivência nos doentes com reanimações superiores a 30 minutos e a maior percentagem de sobrevivência verificou-se nos casos de paragem respiratória primária.

Verificaram-se diferenças significativas entre o PRISM médio de admissão dos doentes que necessitaram de reanimação e dos não reanimados.

Considera-se que a elevada mortalidade verificada (77.3%) se deve ao facto da paragem cardio-respiratória na criança ser, regra geral, o acidente terminal de outras situações patológicas coexistentes.

VENTILAÇÃO MECÂNICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

M. Santos, A. Macedo, M. Vale, A. Marques, I. Fernandes, J. Estrada, J. Ramos, I. Ventura, R. Valente, D. Barata, C. Vasconcelos

Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Dona Estefânia

Acta Pediátrica Portuguesa. 1995.

Palavras-chave: Ventilação mecânica; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

RESUMO: Os autores fazem a análise dos doentes submetidos a ventilação mecânica na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de D. 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 (mín.=9; max.=75) e de 13.6 (mín.=0; max.=50) pontos.

A insuficiência respiratória constitui o principal motivo de ventilação e a modalidade preferida foi a pressão controlada, utilizada em 201 doentes - 76.1%.

A duração média da ventilação foi de 123.7 horas (mín.=30 minutos; max.=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 31.3%, não se tendo relacionado nenhum óbito directamente com a ventilação mecânica.

**«POR UM PROMENOR... E NEM HAVIA VENTO.
A propósito de um caso de Ataxia - Telangectasia**

F. Chaves, P. Cabral, T. Santos
Consulta de Pediatria - H. D. Estefânia
Sessão clínica do Serviço 2. Abril 1995
Palavras-chave: Ataxia; Diarreia; Déficite IgA

RESUMO: Os a.a. apresentam o caso clínico de uma criança de 2 anos, sexo masculino e raça branca, internado por diarreia arrastada e má progressão ponderal.

O quadro inicia-se cerca de 1 ano antes com diarreia recorrente (cerca de 3 episódios/mês sem muco nem sangue) com involução ponderal e 2 internamentos anteriores num hospital distrital.

Durante o internamento é diagnosticado síndrome de má absorção e déficite grave de IgA. É feito o diagnóstico provisório de Doença Celíaca motivo pelo qual realizou biópsia jejunal e iniciou dieta isenta de gluten. Apesar de apresentar ataxia discreta, por melhoria do quadro intestinal tem alta clínica para a consulta de Pediatria.

Durante o seguimento nesta consulta volta a apresentar episódios de diarreia apesar de manter a dieta instituída. Nesta altura dá-se um agravamento progressivo da ataxia, surgindo telangectasias nas escleróticas e pavilhões auriculares, associadas a manchas de hipopigmentação no tronco e membros. Nessa altura é posto o diagnóstico de Ataxia - Telangectasia que se confirmou pelo valor elevado da alfa-1 antitripsina.

A criança mantém-se ligada à consulta fazendo profilaxia para as infeções respiratórias. Foi feito o aconselhamento genético à família e pedido o apoio pela assistência social.

Em seguida os a.a. apresentam uma revisão teórica sobre este tema focando pontos como a etiopatogenia, clínica (neurológica, respiratória, imunológica, endocrinológica), os exames complementares para a confirmação do diagnóstico e por fim os aspectos do prognóstico grave e reservado.

A PROPÓSITO DE UM CASO DE CEFALÉIAS ARRASTADAS

T. Mendonça, J. Vicira, J. Conde-Blanco, V. Gonçalves
Hospital de Dona Estefânia.
Serviço de Neurocirurgia do H. S. José
Reunião do Serviço 2. Maio 1995.

RESUMO: Os autores apresentam um caso de Cefaleias Arrastadas observado na Consulta de Pediatria Médica com o apoio da neurologia e da neurocirurgia.

Discutem a clínica, os exames realizados e as hipóteses de diagnóstico até se chegar à conclusão de Astrocitoma.

A propósito fazem uma breve revisão teórica sobre Tumores Cerebrais Infra-Tentoriais em idades pediátricas.

OSTEOPETROSE MALIGNA

I. Barata, G. Henriques, M. Pinto, A. Bettencourt, T. Santos
Reunião clínica do serviço 2 - HDE. Maio 1995.

RESUMO: Lactente do sexo feminino, 2 meses de idade, raça branca, pais consanguíneos, internada por fáceis peculiar, má progressão estaturó-ponderal e hepatoesplenomegália.

Clinicamente apresentava curvas de peso e estatura inferiores ao percentil 5, fontanela anterior hipertensa, proeminência das bossas frontais, exoftalmia com olhar errático e nistagmo pendular com compromisso da interacção, e hepatoesplenomegália.

Laboratorialmente salientava-se anemia com eritroblastos e dacriócitos no sangue periférico, reticulocitose e trombocitopénia, fosfatase alcalina e paratohormona elevadas.

A fundoscopia apresentava palidez da papila e o electroretinograma e a tomografia axial computadorizada não revelaram alterações significativas.

O exame radiológico do esqueleto evidenciou aumento generalizado da densidade óssea com desaparecimento das cavidades medulares, alargamento das metáfises e «vértebras em sanduíche».

Iniciou terapêutica com prednisolona, vitamina D e dieta hipercalórica e hipocalcémica.

Após estudo HLA compatível foi proposta a transplante de medula óssea que aguarda.

TRÊS SITUAÇÕES DE CEFALÉIAS ASSOCIADAS A PATOLOGIA INTRACRANEANA

T. Mendonça, J. Vieira, E. Calado, V. Gonçalves, T. Santos, J. Conde-Blanco
V Reunião dos Pediatras do Hospital de Dona Estefânia. Junho 1995.

RESUMO: Sendo as Cefaleias motivo de recurso aos serviços hospitalares e levantando frequentemente dúvidas ao Pediatra tanto no que diz respeito ao diagnóstico como quanto à necessidade de realização de sofisticados exames auxiliares, os autores fazem uma revisão dos casos seguidos na Consulta Externa do H. D. Estefânia durante o 1.º semestre de 1995 e apresentam 3 doentes seleccionados entre aqueles.

São tiradas conclusões de ordem prática com vista a estabelecer critérios de gravidade e sugeridas algumas recomendações quanto às vantagens e inconvenientes, necessidade ou não, da realização de exames complementares em situações de Cefaleias.

A. Amador, E. Ribeiro

Consulta externa de Pediatria Médica do Hospital de Dona Estefânia

Reunião Clínica do Serviço 2. Outubro 1995

Palavras-chave: Adenopatia pré-auricular; Adenite tuberculosa

RESUMO: Apresenta-se o caso clínico de uma criança, sexo masculino, indiano, seguido na consulta externa por adenopatia pré-auricular.

Dos antecedentes familiares destacam-se, avô materno com tuberculose pulmonar (TP), diagnosticada há três anos e tia materna com TP em tratamento.

A doença actual tem início cerca de dois meses antes da primeira avaliação, apresentando a criança bom estado geral e de nutrição, com tumefacção pré-auricular esq., sem flutuação, sem sinais inflamatórios, não aderente aos planos profundos, indolor e com cerca de 5 cm de maior diâmetro. Restante exame objectivo sem alterações.

Os exames complementares de diagnóstico, revelaram-se inespecíficos.

Fez Mantoux de 10 U, com cerca de 15 mm de induração.

Dados os antecedentes familiares e excluídas outras possíveis causas, foi interpretado como uma adenite tuberculosa e iniciou terapêutica antibacilar tripla com Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida (2 meses), durante 6 meses.

Ao 2.º mês, como intercorrências, apresentou fistulização cutânea da adenopatia, tendo-se colhido o produto para análise que foi inconclusiva. Ao 6.º mês a ferida apresentava-se cicatrizada e com bom aspecto, sem outras intercorrências.

Fez-se posteriormente uma revisão teórica dos agentes infecciosos associados a adenite cervical, bem como o seu diagnóstico diferencial.

ENURESE NOCTURNA NA CONSULTA DE PEDIATRIA MÉDICA: 1990-1994

N. Pona, E. Paulino, M. Leite, L. Silva, J. Conde-Blanco, T. Santos

Consulta de Pediatria Médica do Hospital de Dona Estefânia

Reunião do Serviço 1. Outubro 1995

Palavras-chave: Enurese noturna; Casuística

RESUMO: Com o intuito de conhecer melhor as características populacionais e atitudes clínicas face a crianças com enurese noturna no âmbito da consulta, os autores procederam à recolha sequencial de todos os processos referentes a crianças com enurese noturna cuja primeira consulta ocorreu entre os anos de 1990 e 1994.

Do total de processos encontrados (n=100), recolheram-se dados relativos a identificação, classificação e quantificação da enurese, antecedentes pessoais e familiares, exames complementares (Urina tipo II, urinocultura, ecografia renal e cistogamagrafia), terapêuticas efectuadas, resultados e destino.

Da amostra global, 51% dos processos pertenciam a crianças com enurese primária, sendo os restantes 49% relativos a enureses secundárias. Não houve predomínio de nenhum dos sexos nos dois tipos de enurese, com uma média de idades sobreponível. O maior número de casos ocorreu entre os 6 e os 9 anos. 87% pertenciam às classes sociais mais desfavorecidas, nomeadamente classes IV e V segundo a escala de Graffar adaptada. 63% dos casos foram enviados pelo médico assistente e 29% através do serviço de urgência.

Mais de metade das crianças com enurese primária tinham história familiar de enurese. Referência a ambiente familiar alterado em 63% das enureses secundárias.

Exames complementares alterados em 12% das enureses primárias e 31% das secundárias, correspondendo a S. imaturidade vesical, RVU e urinoculturas positivas.

Relativamente a atitudes terapêuticas, subdividimos a nossa amostra em dois grandes grupos: crianças que efectuaram treino vesical e restrição hídrica e um grupo de crianças em que, para além das medidas anteriores, houve introdução de terapêutica farmacológica. Do total de crianças que efectuaram treino vesical e restrição hídrica, 28% apresentaram remissão total e 48% melhoria significativa, ou seja, redução superior a 50% no número de noites com perdas.

A maior parte das crianças continua a ser seguida na consulta externa.

«O QUE É RARO É RARO, MAS...»
A propósito de um caso de paniculite de Weber-Christian

I. Chaves, T. Santos

Consulta de Pediatria Médica - Hospital de Dona Estefânia

Sessão Clínica do Serviço 2, Dezembro 1995

Palavras-chave: Paniculite; Biópsia

RESUMO: Os a.a. apresentam o caso clínico de uma criança de 12 anos, sexo feminino e raça negra, saudável até 2 meses antes de recorrer à consulta de Pediatria deste hospital, altura em que surgem nódulos subcutâneos, localizados exclusivamente aos braços, com sinais inflamatórios e sem outros sintomas associados.

Após a realização de biópsia, que demonstrou tratar-se de uma paniculite lobular sem vasculite, e exclusão de outras patologias através de exames complementares, é feito o diagnóstico de Paniculite de Weber - Christian.

Com 3 meses de seguimento na consulta houve uma remissão completa dos nódulos, restando apenas zonas de retração cutâneas.

Actualmente a criança encontra-se bem e assintomática, pondo-se dúvidas quanto ao eventual aparecimento de recidivas e conseqüente prognóstico.

Em seguida é feita uma resenha teórica abordando o tema «Paniculites» com aspectos deste grupo de patologias no que toca a controvérsias, classificação e clínica. É abordada mais pormenorizadamente a Paniculite Lobular idiopática ou Paniculite de Weber-Christian com os seus aspectos característicos.

À ESPERA DE GODOT

L. Teles, J. Estrada, M. Vale, L. Gama
Consulta de Desenvolvimento - Hospital de Dona Estefânia
Reunião do Hospital de Dona Estefânia.

RESUMO: Com o objectivo de caracterizar a população referenciada à Consulta de Desenvolvimento, os autores efectuaram uma análise retrospectiva dos processos clínicos das primeiras consultas realizadas entre Janeiro de 1993 e Junho de 1995 (2,5 anos).

Durante este período foram efectuadas 812 consultas das quais 183 (22,5%) foram primeiras consultas. Os motivos de envio à consulta foram os seguintes: atraso de desenvolvimento psicomotor (ADPM)-n=64, alterações do crescimento (AC) -n=52, perturbações da linguagem -n=23, insucesso escolar -n=12 e grupo de risco -n=26.

A maioria das crianças tinham entre 1 e 6 anos de idade (56.7%), residiam no distrito de Lisboa (75.4%) e tinham sido enviadas pelos médicos de família (53.0%).

Estudaram-se em particular os grupos ADPM e AC por serem os mais representativos.

No grupo AC encontraram-se 28 casos de baixa estatura - BE - (variantes do normal -8, BE secundárias -4, síndromas -3, doença endocrinológica-2, casos em avaliação -11) e 6 alterações cranianas (macrocefalias familiares -5, microcefalias familiares -1), em 13 casos o diagnóstico não foi confirmado.

No grupo ADPM o diagnóstico foi confirmado em 45 casos (70.3%) e foi detectado ADPM em 19 crianças enviadas por outros motivos.

O atraso de desenvolvimento foi classificado quanto à sua gravidade verificando-se que 37.7% das crianças tinham ADPM ligeiro e em 32.8% o atraso era grave. 54% das crianças apresentavam ADPM global e as restantes uma desarmonia do desenvolvimento sendo a linguagem a área mais frequentemente afectada.

Em 29 casos foi possível efectuar o diagnóstico etiológico representando as doenças neurológicas, as situações sindrómicas e as lesões perinatais as situações mais frequentes.

A orientação/intervenção processou-se preferencialmente em três vertentes: Ensino, Saúde e Segurança Social.

Os autores concluem salientando a importância de uma intervenção precoce e transdisciplinar.

PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH
— Casuística da consulta de Hematologia 1988-1994

C. Neves, F. Candéias, P. Luiz, J. Tribuna, G. Gomes-Costa

Unidade de Hematologia - Serviço I

III Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria. Lisboa - Outubro 1995

RESUMO: A púrpura de Schonlein-Henoch (PSH) é uma vasculite necrotizante sistémica que atinge os pequenos vasos sanguíneos, com envolvimento primário da pele, sistema gastro intestinal, articulações e rim.

É uma doença bastante comum, com morbilidade renal potencial a longo prazo.

Num total de 1700 processos consultados, foram 101 os doentes enviados por PSH, o que correspondeu a uma incidência de 5.9%.

Observou-se um ligeiro predomínio do sexo feminino e um maior número de casos entre os 4-8 anos. As infeções respiratórias precederam o início das manifestações clínicas tendo-se verificado a ocorrência de amigdalite em 31.6% das crianças. Nas manifestações clínicas iniciais, o rash foi o achado mais comum (73%), seguindo-se as alterações articulares (64%), a dor abdominal (43%), a hemorragia digestiva e a hematúria macroscópica (6%).

Verificou-se o aparecimento de recorrências em 22 doentes, com complicações renais em 10 doentes, passando desde então a ser seguidos na Consulta de Nefrologia Pediátrica.

Durante o seu seguimento nesta consulta, um doente desenvolveu glomerulonefrite crónica submetido posteriormente a transplante renal, em duas crianças fez-se o diagnóstico de Nefropatia a IgA. Os restantes mantêm-se ainda em estudo.

Os autores concluíram que a evolução dos doentes com PSH foi na globalidade bom. É no entanto necessário uma vigilância prolongada, porque a nefropatia pode manifestar-se tardiamente.

A. Machado, C. Didelet, A. Monteiro, M. Torre, I. Castro

Serviço 2 Sala 2 - Unidade de Nefrologia

Reunião Geral do Serviço 2. Março 1995

Palavras-chave: Infecção Urinária; Uropatia; Falsas Infecções Urinárias

RESUMO: No sentido de estudar as infecções urinárias referenciadas à consulta de Nefrologia do Hospital de Dona Estefânia, os autores efectuaram a revisão de 206 processos clínicos das primeiras consultas do primeiro semestre de 1994. Destes, 74 (35,9%) corresponderam a infecções urinárias.

Analisaram: proveniência, sexo, idade, motivo de envio, exames complementares efectuados e diagnóstico definitivo.

Foram enviadas em 59,4% dos casos pelo médico assistente e em 25% pelos serviços do Hospital de Dona Estefânia. Houve um ligeiro predomínio do sexo feminino (58%); 55% das crianças tinham idade inferior a 2 anos.

O principal motivo de envio foi infecção urinária alta em cerca de metade das crianças. Para esclarecimento da situação clínica efectuaram: 98,6% ecotomografia renal (27,4% com alterações); 70% cistouretrógrafia miccional (43,2% com alterações); 13,5% urografia de eliminação (80% com alterações) cintigrafia renal com DMSA em 44,6% (70% com alterações) e renograma com DTPA e prova diurética em 12,6% (100% com alterações).

A infecção urinária com uropatia associada foi o diagnóstico mais frequente abaixo dos 2 anos de idade 46,3%. Nas crianças com mais de 2 anos, predominaram as infecções urinárias sem malformações (48,4%) e as falsas infecções urinárias (27,3%).

Não se confirmou o diagnóstico em 30% das crianças.

MORBILIDADE CARDÍACA EM CRIANÇAS COM INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: Resultados preliminares

G. Nogueira, A. Macedo, M. Nunes, L. Bernardino, A. Bessa, L. Rosado, M.Lima, N. Corduro-Ferreira
Hospitais de Santa Marta (Cardiologia Pediátrica) e Dona Estefânia (Serviço 1)

RESUMO: Na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) na criança, ainda que seja escassa a literatura, estão descritas alterações cardíacas funcionais e estruturais.

O objectivo deste trabalho foi o rastreio dessas alterações em crianças infectadas pelo VIH.

Foi efectuada uma avaliação prospectiva, clínica e laboratorial, de 13 anos crianças com infecção pelo VIH, por transmissão vertical.

Dez doentes (dts) eram do sexo feminino, 5 de raça negra, sendo a idade média de 39 ± 43 meses. Clinicamente, 10 dts eram sintomáticos, sendo 5 moderados e 4 graves; 7 tinham alterações imunológicas, 4 dos quais imunossupressão grave. Onze dts tinham infecção pelo VIH1 e 2 pelo VIH2. Duas crianças tinham infecção recente pelo vírus de Epstein-Barr. Dez dts faziam AZT e 9 imunoglobulinas iv. Um dos dts apresentava sinais de persistência do canal arterial, tendo os restantes clínica inespecífica. Em 9 dts encontraram-se sinais ecocardiográficos de hipertensão pulmonar (HTP), apresentando 5 infiltrados intersticiais na radiografia do tórax. Dois dts tinham disfunção ventricular esquerda e outro hipertrofia septal. No Holter, 11 dts tinham frequência cardíaca máxima > percentil 95, não se registando arritmias.

Conclusões: As alterações cardíacas detectaram-se em crianças com doença mais avançada. Provavelmente, nas crianças com HTP, esta está relacionada com patologia respiratória.

IMPACTO PSICOLÓGICO DA TRANSMISSÃO MÃE-FILHO NA INFECÇÃO PELO VIH

M. Duarte, L. Rosado

Unidade da Primeira Infância, Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia.

Serviço de Hematologia do Hospital de Dona Estefânia.

Jornadas de Pedopsiquiatria Hospital de Dona Estefânia. Lisboa 1995.

RESUMO: A infecção pelo VIH é uma doença crónica, com profundas e intensas implicações psíquicas, que afecta todo o sistema familiar e relacional, que tem repercussões no desenvolvimento infantil, que mobiliza o medo do contágio e obriga ao segredo, que levanta problemas éticos específicos, que atinge os grupos sociais mais frágeis e com dificuldades psicosociais múltiplas.

Na transmissão mãe-filho da infecção pelo VIH, a revelação da doença está ligada, na maior parte dos casos, à existência da criança. Para além disso, o facto de a doença ser transmitida pela mãe e a elevada probabilidade de a criança ficar orfã constituem terríveis ameaças à maternidade.

No caso das crianças seronegativas elas são com frequência os únicos membros da família que não estão infectados e que como tal irão perder ambos os progenitores.

A infecção pelo VIH e a SIDA constituem um acontecimento traumático, de repercussões inimagináveis para os pais.

Ao nível da intervenção directa, o trabalho psicológico consiste na observação da criança, no estudo do desenvolvimento, das relações pais-criança, das relações familiares. Através de uma atitude de escuta empática, procura-se a compreensão dos sentimentos em jogo e dos mecanismos de defesa mobilizados, apoiando-se terapêuticamente as crianças e as famílias.

A um nível de intervenção indirecta, o psicólogo contribui para o estudo diagnóstico, para o conhecimento da história natural da doença, para a implementação de apoios à família e à criança. Apoia a reflexão e as práticas de equipa, os modos de comunicação. Procura ajudar a conviver com o insucesso e a esperança.

A prática do psicólogo numa equipa multidisciplinar

- enriquece o processo clínico através de um trabalho interdisciplinar
- contribui para uma abordagem global das crianças e das suas famílias, tendo em vista melhores resultados terapêuticos.

PNEUMONIA A PSEUDOMONAS — Dois casos clínicos

F. Chaves, A. Bento, B. Lopes

Consulta de Pneumologia - Serviço 2 - Hospital de Dona Estefânia

IV Congresso de Pediatria - St.ª Maria da Feira. Abril 1995

Palavras-chave: Pseudomonas; Pneumonia; Lavado broncoalveolar.

RESUMO: Os autores apresentam e comparam dois casos clínicos de pneumonia a *Pseudomonas aeruginosa* em crianças de 3 e 5 anos de idade, previamente saudáveis e aparentemente sem patologia de base. Em ambos os casos houve recorrência do quadro penumónico sempre com isolamento do agente no lavado broncoalveolar e/ou exame cultural da expectoração, apesar de uma terapêutica agressiva e etiologicamente dirigida.

Dentro das várias hipóteses explicativas admite-se como mais provável a infecção nosocomial.

TUBERCULOSE NOS ANOS 90

C. Cruz, F. Chaves, M. Lage, J. Cavaco, B. Lopes, J. Carapau
IV Congresso Português de Pediatria - St.ª Maria da Feira. Abril 1995

RESUMO: Os autores apresentam a revisão casuística de um estudo retrospectivo sobre os casos de tuberculose diagnosticados e tratados no H.D.E num período de 5 anos (1990-1994).

A amostra compreendeu casos provenientes das consultas de pneumologia, pediatria médica e da unidade de doenças infecto-contagiosas (serviço 2 sala 3). Estudaram-se separadamente os casos de tuberculose infecção - 86 casos e os de tuberculose doença - 204 casos.

Em relação aos resultados obtidos no grupo de tuberculose doença, refira-se a maior percentagem de crianças no grupo etário dos 5 - 14 anos (67%), sem predomínio por qualquer dos sexos, uma incidência de 32% na raça negra e um predomínio nas classes sociais mais desfavorecidas, sendo o concelho da Amadora o que contribuiu com maior percentagem de casos. A inoculação pelo BCG observou-se em 80% dos casos. As formas mediastino - pulmonares verificaram-se em 91% dos casos tendo ocorrido complicações em 23% dos casos. A complicação mais frequente foi o derrame pleural.

A tuberculose extrapulmonar observou-se em 9% das formas de tuberculose doença, sendo a meningite tuberculosa a mais frequente. A identificação da fonte de contágio foi possível em 42% dos casos. A pesquisa de BK foi positiva em apenas 23% dos casos.

Os mesmos parâmetros foram analisados em relação às formas de tuberculose infecção sendo de salientar pela sua diferença que a fonte de contágio foi possível identificar em 60% dos casos.

Considerando o grupo racial como factor de variabilidade verificou-se que a cobertura vacinal era inferior na raça negra (72%) em relação à raça branca (83%) e as complicações observaram-se com maior frequência na raça negra (29%) que na raça branca (17%).

Os autores finalizam fazendo algumas considerações acerca de factores epidemiológicos, fisiopatológicos e técnicas de diagnóstico provavelmente relacionados com a elevada prevalência da tuberculose.

DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO

C. Cruz, B. Lopes, J. Carapau

V Reunião da Associação dos Pediatras do Hospital de Dona Estefânia. Junho 1995

RESUMO: Os autores apresentam uma revisão casuística dos casos de derrames pleurais tuberculosos, seguidos na consulta de pneumologia por um período de 12 anos compreendido entre 1983 e 1994.

Foram analisados diversos parâmetros epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

Em relação à incidência verificaram um predomínio nos anos de 1986, 1989 e 1994 que coincidiu com os picos de tuberculose pulmonar observados na consulta de pneumologia.

O sexo masculino (75%) e o grupo etário superior aos 5 anos foram os mais frequentemente observados. A incidência na raça negra foi de 39%, valor significativo atendendo ao peso deste grupo racial na população geral e na consulta de pneumologia (11%). O concelho da Amadora contribuiu com a maior percentagem de casos e 64% pertenciam às classes sociais mais desfavorecidas (IV e V).

As manifestações clínicas surgiram, em cerca de metade dos casos, na semana anterior ao internamento e traduziam-se geralmente por tosse e febre. A inoculação pelo BCG verificou-se em 72% dos casos e 80% tiveram Mantoux maior que 15 mm.

A identificação de BK nos diversos meios de cultura foi reduzida, apenas 1 caso positivo no líquido pleural e 4 na expectoração. O esquema isoniazida + rifampicina + pirazinamida foi efectuado em 69% dos casos. Quanto à duração da terapêutica a maioria cumpriu 6 meses. A quase totalidade fez corticoterapia num período de 2 a 4 semanas.

Os autores finalizam com revisão sumária dos resultados mais relevantes do estudo.



B. Lopes, A. Casimiro, M. Zarcos, J. Cavaco, A. Curvelo

Reunião APHDE. Junho 1995.

Reunião Serviço 2. Dezembro 1995.

RESUMO: A consulta de Pneumologia do Hospital de Dona Estefânia, desde o seu início em Abril de 1981, seguiu 33 doentes com o diagnóstico de Fibrose Quística, dos quais 10 faleceram, 1 foi transferido, e 22 estão actualmente em consulta.

É feita uma revisão casuística desta patologia, sendo os dados mais relevantes os seguintes:

- 79% dos doentes iniciam sintomatologia antes dos 12 meses, no entanto só 36% fazem o diagnóstico antes desta idade.

- Apesar de actualmente 91% dos doentes terem tosse, a infecção respiratória como sintomatologia reveladora só surgiu em 60% dos casos, e acompanhada de esteatorreia e atrazo ponderal apenas em 24% dos casos.

- Nos nossos doentes, a mutação $\Delta F508$ tem a prevalência de 60% e a G542X de 4%, em 26% dos cromossomas não se identificou mutação conhecida.

- A idade média do falecimento é de 9,6 anos.

- Actualmente a idade média dos doentes vivos é de 9 anos, e 45% destes têm idade > a 10 anos.

- 68% dos doentes estão colonizados com 1 ou mais bactérias patogénicas, sendo a mais frequente o *Haemophilus influenza* (87%), seguindo-se o *Staphylococcus aureus* (67%) e a *Pseudomonas aeruginosa* (47%).

- A idade média de isolamento de *Pseudomonas aeruginosa* é de 5 anos, e da *Burkholderia cepacia* de 10,5 anos.

- A terapêutica destes doentes deve ser orientada por uma equipa multidisciplinar, e assenta essencialmente no controle de doença pulmonar e no suporte nutricional.

HIPERREACTIVIDADE BRÔNQUICA E PNEUMONIA RECORRENTE NA CRIANÇA

R. Câmara, M. Morais, A. Carvalho, J. Rosado-Pinto.

Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

IV Simpósio Internacional de Alergologia e Imunologia Clínica Pediátrica em Portugal — XIII Jornadas Nacionais de Imunoalergologia Infantil, Oeiras Junho 1995

RESUMO: A hiperreactividade brônquica está geralmente associada com situações clínicas de asma brônquica mas também pode estar relacionada com infecção respiratória: como consequência (vírus e *Mycoplasma pneumoniae*) ou como causa (infiltrados pulmonares recorrentes, nomeadamente no lobo médio direito - LMD). A pneumonia recorrente do LMD era no passado, geralmente, uma complicação da tuberculose ganglionar.

Os autores apresentam duas crianças do sexo feminino com 5 e 9 anos de idade, enviadas à Consulta de Imunoalergologia com história clínica, desde o primeiro ano de vida, de pneumonia recorrente (mais de 6 episódios, a maioria dos quais no LMD), com múltiplas hospitalizações. As crianças permaneciam assintomáticas no período entre as infecções respiratórias. Tinham história familiar de atopia. Os dados radiológicos e laboratoriais são apresentados em detalhe. As crianças efectuaram provas de provocação brônquica com metacolina que revelaram hiperreactividade brônquica grave (PD20 mcg inferior a 200 mcg). Foi iniciada terapêutica com corticoides inalados (uma doente com 800 mcg de beclometasona e a outra com 800mcg de budesonido). A evolução clínica foi excelente, sem qualquer recorrência dos infiltrados pulmonares (seguimento respectivamente de 4 e 1 anos).

ASMA BRÔNQUICA NO AMBULATÓRIO E NO INTERNAMENTO — Casuística

M. Morais, G. Pires, S. Prates, E. Rosa, R. Câmara, M. Fernandes, F. Carvalho, J. Rosado-Pinto
Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

IV Simpósio Internacional de Alergologia e Imunologia Clínica Pediátrica em Portugal — XIII Jornadas Nacionais de Imunoalergologia Infantil, Oeiras, Junho 1995

II Congresso Científico dos Hospitais Cíveis de Lisboa, Novembro 1995.

RESUMO: Introdução: A asma brônquica (AB) é a doença crónica mais prevalente na criança, sendo responsável por um número significativo de internamentos. A caracterização dos doentes internados pode reflectir aspectos relacionados com prevalência, gravidade e padrões de actuação clínica.

Objectivos: Caracterizar as crianças com AB internadas na nossa Unidade durante um período de 3 meses (Janeiro a Março de 1995) e, correlacionar os resultados com aqueles referentes a uma amostra da população de crianças asmáticas seguidas na consulta externa (ambulatório).

Material e Métodos: Incluíram-se 33 crianças internadas por AB na Unidade de Imunoalergologia durante o período referido, correlacionando-se os resultados com os obtidos anteriormente numa amostragem de 313 doentes com AB, observados pela primeira vez na consulta externa em 1993.

Resultados: Caracterização - Sexo: masculino/feminino = 0.9/1 (ambulatório - 1.5/1); Distribuição etária: menos de 3 anos - 63.6%, 3-5 anos - 18.2%, 6-14 anos - 18.2% (ambulatório: menos de 3 anos - 24.5%, 3-5 anos - 33.9%, 6-14 anos - 41.6%) Idade de aparecimento dos primeiros sintomas de AB: menos de 1 ano de idade - 70.9%, 1 ano - 6.4%, 2 anos - 12.9%, 3 anos - 6.4%, >3 anos - 3.4% (ambulatório: menos de 1 ano de idade - 31.2%, 1 ano - 18.5%, 2 anos - 14.2%, 3 anos 8.5%, >3 anos - 27.6%); Raça: Caucasiana - 81.8%, Outras - 18.2%; Exacerbações com febre: 50% (ambulatório: 29%); Terapêutica profiláctica em 48.5%, correspondendo na totalidade a crianças seguidas em consultas de Imunoalergologia; Antecedentes familiares de atopia: 87.1% (ambulatório: 79%). A crise de AB que justificou o internamento era complicada de infecção respiratória em 50% das crianças: pneumonia (10), otite média aguda (6), rinofaringite (1). Duração média de internamento: 4.6 dias (entre 1 e 10 dias).

Conclusões: 1. Observou-se uma diferença significativa na distribuição por sexos das 2 amostras; 2. A significativa percentagem de crianças internadas com menos de 3 anos pode estar relacionada com o subdiagnóstico e subtratamento da AB neste grupo etário, bem como com a dificuldade de lhes administrar medicação apropriada; 3. Em ambas as amostras, a maioria das crianças iniciou as queixas antes dos 3 anos de idade; 4. Quando se compara a distribuição etária das 2 amostras, realça-se a disparidade de resultados, o que poderá traduzir um atraso significativo na referência das crianças asmáticas a centros de especialidade

FORÇA DOS MÚSCULOS INSPIRATÓRIOS E HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR NA CRIANÇA ASMÁTICA

G. Pires, T. Gamboa, N. Neuparth, J. Rosado-Pinto
Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa
Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas (UNL)

II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa, Novembro 1995

Palavras-chave: Pressão inspiratória máxima; Hiperinsuflação; Asma brônquica

RESUMO: O aumento do tónus dos músculos inspiratórios, poderá estar na génese da hiperinsuflação pulmonar na criança asmática, devido a um efeito de treino imposto por crises de asma sucessivas. Para validar esta hipótese, foi feito um estudo, em que se compararam Pressões Inspiratórias Máximas (PI max), geradas na boca, de um grupo de crianças asmáticas hiperinsufladas, com um grupo de crianças saudáveis. Esta hipótese não se verificou, encontrando-se no entanto uma correlação positiva entre a PI max e ao Volume de Gás Intratorácico (TGV), apenas no primeiro grupo. No entanto, como neste estudo não foi incluído um grupo de asmáticos não insuflados, não ficou excluída a possibilidade da correlação encontrada se dever à asma e não à hiperinsuflação, pelo que decidimos fazer o mesmo estudo comparando crianças asmáticas hiperinsufladas, com asmáticos sem hiperinsuflação, com idades, sexos e parâmetros biométricos sobreponíveis.

Foram estudadas 15 crianças asmáticas, com idades compreendidas entre 6 e 18 anos e que apresentavam Volume de Gás Intratorácico (TGV) $\geq 130\%$ do valor teórico. Os doentes foram seleccionados do Laboratório de Exploração Funcional Respiratória do Hospital de Dona Estefânia, após análise das pletismografias efectuadas de Julho de 1994 a Março de 1995 (n=506). Estudaram-se também 15 crianças do mesmo grupo etário, com asma brônquica e sem alterações pletismográficas. Todos os indivíduos efectuaram um exame pletismográfico para medição de volumes e débitos expiratórios forçados, bem como medição das pressões respiratórias máximas na boca.

Os dois grupos de crianças apresentavam distribuição por sexos e valores médios de idade, altura e peso, sem diferenças estatisticamente significativas. O grupo de asmáticos hiperinsuflados apresentava valores médios de TGV, RV e TLC de 147.4 ± 13 , 169.4 ± 36 e $121.8 \pm 12\%$ do valor teórico, respectivamente. As crianças não hiperinsufladas apresentavam volumes pulmonares significativamente inferiores e dentro dos limites da normalidade (TGV - 105.3 ± 13 , $p < 0.0001$; RV - 108.2 ± 16 , $p < 0.0001$; TLC - $108.8 \pm 11\%$, $p = 0.05$). Os valores médios de pressão inspiratória máxima, foram de 82.7 ± 24 cm de H₂O nos doentes insuflados e de 81.4 ± 19 cm de H₂O nos não insuflados. A média da pressão expiratória máxima, foi de 74.4 ± 30 cm de H₂O nas crianças insufladas e de 79.7 ± 21 cm de H₂O nas não insufladas. Não se encontrou correlação entre o TGV e a PImax nos doentes insuflados ($r = 0.47$, $p = 0.08$) nem nos não insuflados ($r = 0.25$, $p = 0.37$).

As pressões máxima inspiratória e expiratória não foram significativamente diferentes entre os dois grupos. Não foi possível observar uma correlação positiva entre os níveis de PImax e do TGV em nenhum dos grupos estudados. No entanto, esta correlação aproximou-se do significado estatístico exclusivamente nos asmáticos hiperinsuflados, o que nos leva a prosseguir com o estudo, aumentando o número de doentes e tentando incluir apenas doentes com maior grau de hiperinsuflação.

AValiação funcional respiratória na asma brônquica

M. Pires, S. Prates, N. Neuparth, J. Rosado-Pinto
Imun alergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa
II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Novembro 1995
Palavras chave: Espirometria; Pletismografia; Asma brônquica

RESUMO: Introdução: A Asma Brônquica é uma doença crónica, cujas taxas de morbilidade e mortalidade têm aumentado nos últimos anos. Alterações nos exames funcionais respiratórios, podem ser encontradas em doentes assintomáticos, mesmo em asma leve.

Objectivos: Avaliar os exames funcionais respiratórios (espirometria e pletismografia) de indivíduos com asma brônquica, observados pela primeira vez na Consulta Externa de Imun alergologia do Hospital de Dona Estefânia em 1994.

Material e métodos: Da população de asmáticos com idade ≥ 6 anos ($n=342$), foram estudados 302 doentes, que efectuaram espirometria na primeira consulta. Avaliaram-se dados referentes a estas e às pletismografias efectuadas em 92 destes indivíduos.

Resultados: Caracterização da população: relação sexo masculino/feminino = 1.3/1; idade compreendida entre 6 e 77 anos; raça caucasiana em 90%. Gravidade da asma: leve — 62.8%, moderada — 19.3%, grave — 15%, asma antiga — 2.9%. Os doentes apresentavam espirometrias sem alterações em 52%, critérios de obstrução brônquica ($IT < 70\%$) em 17.5% e obstrução apenas das pequenas vias aéreas ($FEF_{25-75} < 70\%$) em 30.5%. Nos indivíduos obstruídos, verificou-se reversibilidade após uso de broncodilatador em 62%. Encontramos obstrução brônquica em 6.9% das asma leve, 17.5% das moderadas e 48.4% das graves. Relativamente aos doentes que efectuaram pletismografia, encontramos exames normais em 55.4%, critérios de insuflação pulmonar ($TGV \geq 130\%$) em 40.2% e critérios de obstrução brônquica em 16.3%. Verificou-se reversibilidade após o uso de broncodilatador em 57.1%. Encontramos critérios de insuflação pulmonar em 28.6% das asma leve, 45.5% das moderadas e 76.5% das graves. Dos asmáticos com espirometrias normais, 35 efectuaram pletismografia, tendo-se encontrado insuflação pulmonar em 37.1% destas. Nos que apresentavam apenas obstrução das pequenas vias aéreas na espirometria, 33.3% dos 33 que efectuaram pletismografia, estavam insuflados.

Conclusões: 1 — Quase metade dos doentes apresentava alterações na espirometria e cerca de 40% dos que efectuaram pletismografia, alterações compatíveis com insuflação, o que salienta a importância destes exames na avaliação do doente asmático. 2 - O número elevado de indivíduos com asma leve e insuflação pulmonar reforça a necessidade da execução da pletismografia mesmo em situações de asma clinicamente estável e poderá questionar a não utilização de fármacos anti-inflamatórios em situações de asma leve. 3 - Outros mecanismos para além da obstrução das pequenas vias aéreas, deverão ser responsáveis pela insuflação pulmonar no indivíduo asmático.

V. Pinto, A. Partidário, J. Nogueira, J. Rosado-Pinto
Hospital de D. Estefânia - Imunoalergologia
II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Novembro 1995.

RESUMO: Apresentação de resultados dum trabalho comunitário, realizado com 30 crianças asmáticas de 8 a 10 anos, observadas ao longo de 5 dias, num curso de altitude (Gouveia), separadas do contexto familiar.

Foram utilizadas as seguintes técnicas de diagnóstico:

Um pequeno questionário de perguntas fechadas; o teste multifactorial de adaptação infantil (TAMAI) - Pedro Hernández, e o teste do desenho da família de Corman.

Os resultados do questionário apontam para um número ainda elevado da criança, sem conhecimento da sua própria medicação sendo necessária uma atitude de responsabilização. Um número elevado de crianças nega qualquer relação, entre o estado de espírito e o desencadear de uma crise.

Paralelamente foi pedida a colaboração aos pais no preenchimento do inventário de comportamentos de Michael Rutter. Dos 17 inventários preenchidos, 10 crianças apresentam perturbação: 6 com perturbação neurótica, 3 com perturbação anti-social e 1 com uma perturbação indiferenciada.

Números pouco significativos mas que apontam em primeira análise para dificuldades emocionais e de adaptação social nesta população estudada.

A. Maia, V. Pinto, J. Nogueira, J. Rosado-Pinto

Imunoalergologia - Hospital D. Estefânia

II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Centro Cultural de Belém. Novembro 1995.

RESUMO: A asma brônquica tem condicionantes ambientais e psicosociais. As condições socioculturais influenciam o comportamento e este é diferente na criança em grupo sem influência parental. Os objectivos desta iniciativa são avaliar o comportamento, relação interpessoal, scores sintomáticos, aprendizagem de técnicas respiratórias. Este trabalho destina-se a descrever o componente organizacional. Ao longo de 4 anos a Imunoalergologia do HDE, tem organizado em Gouveia (Serra da Estrela) estes cursos em que participaram 142 crianças dos 8 aos 10 anos, oriundas de Lisboa, Coimbra, Porto e Vila Nova de Gaia, com a colaboração da Câmara Municipal de Gouveia, Parque Natural da Serra da Estrela, Escola Superior de Educação João de Deus (que selecciona as 5 professoras que acompanham as crianças) e um Laboratório da Indústria Farmacêutica (Astra) que patrocina a estadia das crianças. Estas têm apoio de 1 técnica de Saúde Pública, 2 psicólogas, 1 técnica de Fisioterapia, 1 enfermeira e 1 médico, do HDE. Sendo crianças com asma, nalguns casos com crises frequentes, houve reserva dos pais em nos confiarem os seus filhos e temor das crianças em se separarem dos pais. Procedeu-se à sensibilização para motivar as crianças e transmitir confiança aos pais para entregarem os filhos sem reservas durante 5 dias. Na selecção integraram-se as crianças com maiores dificuldades económicas, havendo no entanto a preocupação em juntar vários extractos sócio-económicos e culturais, para uma aproximação e ligação entre elas.

Os resultados foram positivos dado que durante os 5 dias não se registaram crises, com alguns casos a esquecerem a sua doença. Os longos passeios a pé, o correr frequente e as restantes actividades lúdicas implicavam esforços superiores ao normal para estas crianças. No inquérito final feito às crianças registava-se total satisfação e vontade de permanecerem mais tempo.

Conclusões: 1) A colaboração de diferentes entidades aparentemente sem ligação, possibilitou por 4 anos consecutivos esta realização. 2) Os resultados do contacto com os pais e as crianças aproximou-os da Instituição Hospitalar de forma mais humanizada.

CORRELAÇÃO DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS OBTIDOS COM OS TESTES CUTÂNEOS EM PRICK E DETERMINAÇÕES DE IgE ESPECÍFICA (CAP SYSTEM) PARA D. PTERONYSSINUS (DPT)

J. Nogueira, P. Pinto, C. Santa-Marta, G. Pires, M. Almeida, J. Rosado-Pinto
Imunolergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Lisboa. Novembro 1995.

RESUMO: Introdução: A standardização dos testes cutâneos em prick (TC) é essencial, quer para a sua realização e interpretação na prática clínica, quer em projectos de investigação. Desde há vários anos que utilizamos um método standardizado, com recurso a lanceta metálica de penetração limitada a 1 mm e na metodologia de leitura dos resultados utiliza-se uma mesa digitalizadora, ligada a um microcomputador, gerida por software CAD, expressando-se os resultados das pápulas em áreas (mm²), com um cut-off +/- de 7 mm². O método é preciso e reprodutível com um coeficiente médio de variação intra-utilizador de 3.1 a 3.5% e inter-utilizador de 2.93%.

Em estudo prévio, comparámos os resultados quantitativos dos TC com 2 extractos alergénicos para DPT, correlacionando-os com as determinações de IgE específica por CAP, em 88 doentes com pelo menos um teste positivo para DPT, tendo sido obtidas excelentes correlações.

Objectivos: Baseados em trabalhos anteriores, pretendu-se comparar os resultados quantitativos dos TC utilizando 7 extractos diferentes para DPT, efectuando a correlação dos mesmos com as determinações de IgE específica.

Material e métodos: Utilizaram-se os 7 extractos de DPT para TC comercialmente disponíveis: Abello (Ab), Bencard (Be), Dome (Do), Leti (Le), Lofarma (Lo), Merck (Mc) e Stallergenes (St). As determinações de IgE específica efectuaram-se por Pharmacia CAP System. Foram incluídos 60 doentes, 35 do sexo masculino e 25 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 7 e 53 anos.

Resultados: As maiores áreas de pápula obtiveram-se com os extractos Ab, Be e Me. As melhores correlações estabeleceram-se entre os extractos Ab e Be e entre Mc e St. Quando se correlacionaram os resultados (em +/- e quantitativo) com as determinações de IgE específica, observou-se boa correlação para todos, excepto Do.

Conclusões: Os resultados obtidos realçam a importância desta metodologia de estudo, sugerindo a necessidade de se efectuarem outros trabalhos com diferentes extractos alergénicos, visando a sua validação.

IMUNOTERAPIA ESPECÍFICA PARA PARIETARIA — Estudo aberto em doentes monossensibilizados com asma brônquica e/ou rinite alérgica

M. Almeida, C. Santa-Marta, P. Pinto, G. Pires, J. Nogueira, J. Rosado-Pinto
Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa
Reunião Anual da British Society of Allergy and Clinical Immunology - Londres. Outubro 1995
II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Novembro 1995

RESUMO: Introdução: A parietaria (alfavaca de cobra) é uma planta com ampla distribuição na área Mediterrânica. A sensibilização a pólen de parietaria relaciona-se com o aparecimento de queixas respiratórias graves, difíceis de controlar, mesmo em presença de baixas concentrações atmosféricas de pólenes. As reacções adversas da imunoterapia específica para pólenes são habitualmente mais frequentes do que as obtidas com outros alérgenos. A utilização de alérgóides permitiu a diminuição dessas reacções, quer as locais, quer as sistémicas.

Objectivos: Num estudo aberto, determinar a eficácia e segurança da imunoterapia específica com um extracto alérgénico standardizado — alérgóide — para parietaria (Merck-Allergopharma), em doentes com asma brônquica e/ou rinite alérgica.

Material e métodos: Utilizou-se um alérgóide de parietaria, de administração sub-cutânea, em 25 doentes, 11 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, 16 com asma e rinite e 9 apenas com rinite, monossensibilizados, a quem foi efectuada avaliação clínica (diários clínicos, avaliando scores clínicos e de medicação e registo do DFMI; registo da ocorrência de reacções adversas locais e sistémicas, imediatas e tardias) bem como a monitorização com recurso a métodos «in vivo» e «in vitro», efectuados em cada ano, antes e após a época polínica; testes cutâneos em prick quantitativos (TC), utilizando todos os extractos comercialmente disponíveis; teste de provocação brônquica farmacológico (metacolina); determinação de IgE específica para parietaria. As inclusões efectuaram-se entre 1991 e 1994. Os doentes deram o seu consentimento para participar no estudo.

Resultados: Monitorização da segurança - Não se observaram reacções sistémicas. Baixa incidência de edema local imediato, sempre bem tolerado; edema local tardio (2 a 6 cm), eritema e prurido na maioria dos doentes, com a duração de 2 a 12 horas, mas geralmente muito bem tolerado. Monitorização da eficácia - Melhoria clínica significativa nos pacientes com 2 ou mais anos de tratamento, com uma evidente redução na medicação de crise. Avaliação laboratorial - Não encontramos alterações significativas nas áreas dos TC, assim como nas concentrações de IgE específica ($p > 0.05$). Encontraram-se diferenças significativas na potência dos vários extractos para TC estudados. Nos asmáticos, verificou-se uma redução da hiperreactividade inespecífica anterior à época polínica.

Conclusão: Os resultados preliminares obtidos com o tratamento em estudo, parecem demonstrar a segurança e eficácia da imunoterapia específica com alérgóide de parietaria em doentes monossensibilizados, com patologia respiratória.

CORRELAÇÃO DAS DETERMINAÇÕES DE IgE TOTAL OBTIDAS POR IRMA (TECAM 8000) E IMMULITE

J. Nogueira, V. Lourciro, M. Almeida, J. Rosado-Pinto

Imunoalergologia - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

Reunião Anual da British Society of Allergy and Clinical Immunology, Londres, Outubro 1995

II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Novembro 1995

RESUMO: Introdução: O doseamento da IgE total na prática clínica, constitui um dos primeiros passos na caracterização «in vitro» de atopia. Em estudos prévios, os autores testaram e validaram um método robotizado, com recurso ao TECAM 8000 e software próprio, permitindo uma completa automatização, incluindo os procedimentos de lavagem. O Immulite para doseamento de IgE total é um método imunométrico enzimático em fase sólida, por quimoluminescência. A fase sólida é constituída por pérolas de polistireno revestida com anticorpo policlonal específico para IgE.

Objectivo: Comparar os resultados obtidos por Irma e por Immulite, utilizando 100 amostras séricas, com IgE doseável, apresentando grande amplitude de concentrações.

Resultados: A correlação dos resultados obtidos com os dois métodos foi excelente; na gama de valores até 300 U.I., a correlação entre os dois testes foi de $r=0.97$; para os valores entre 300 e 600 U.I. a correlação obtida foi de $r=0.87$.

Conclusões: Os resultados obtidos evidenciam uma forte e muito significativa correlação entre os dois testes, validando a utilização do Immulite para determinações de IgE total até 600 U.I. Outros estudos deverão ser efectuados para determinar a sua precisão para valores de IgE total superiores a 600 U.I. para os quais são necessárias diluições, comparando os resultados com os obtidos por outros testes anteriormente validados.

**NÍVEIS DE EXPOSIÇÃO A ALERGENOS DE ÁCAROS EM CRIANÇAS NA
REPUBLICA DE CABO VERDE — Correlação com aspectos clínicos,
laboratoriais e da residência**

M. Almeida, G. Pires, N. Neuparth, C. Santa-Marta, D. Lopes, C. Tavares, J. Rosado-Pinto
Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa
Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Carvoeiro 1995

RESUMO: Integrado no projecto epidemiológico, iniciado em 1993, visando determinar a prevalência da asma brônquica (AB) e outras doenças alérgicas na República de Cabo Verde, pretendeu-se com este estudo quantificar a exposição ambiental a antígenos dos ácaros do pó doméstico (ag.HDM) e sua correlação com os testes cutâneos em prick (TC), anticorpos séricos e marcadores de inflamação, em asmáticos com ou sem atopia e crianças com TC positivos sem patologia.

Na Ilha do Sal determinou-se a concentração de ag.HDM em colchões de 25 casas seleccionadas aleatoriamente. A recolha de pó baseou-se em procedimento estandardizado, sendo as determinações efectuadas pela Abello/BioPortugal (Madrid), utilizando anticorpos monoclonais. Encontraram-se em 96% das casas, níveis significativos de exposição para o Dp1 e em 52% para o Df (média: Derp1=12.9 ug/g e Derf1=3.08 ug/g). Na Ilha de São Vicente estudaram-se 27 crianças, com idade entre 6 e 10 anos (18 com AB ligeira a moderada): 9 com AB atópica (A+) sensibilizados a HDM, 9 com AB não atópica (A-) e 9 com TC positivos para HDM sem patologia (+). Caracterizou-se a residência e procedeu-se à determinação da concentração de ag.HDM no pavimento do quarto e no colchão. Efectuaram-se determinações séricas de IgE total, IgE específica para Dp1 e Df e ECP (CAP System). Não se encontraram diferenças significativas dos níveis de IgE total (média=528.8 UI/L) e das concentrações de ag.HDM no pavimento e no colchão dos 3 grupos estudados (médias - pavimento: Derp1=0.45 ug/g, Derf1=0.32 ug/g; colchão: Derp1=5.14 ug/g; Derf1=6.54 ug/g). As concentrações encontradas nas 2 Ilhas não apresentaram diferenças com significado estatístico. Verificou-se uma excelente correlação entre a positividade dos TC e as determinações de IgE específica, com valores mais elevados no grupo A+. A concentração média de ECP foi de 24.8 ug/l, não apresentando diferenças entre os 3 grupos. No grupo A+ encontrou-se uma boa correlação entre os níveis de ECP e as concentrações séricas de anticorpos para Dp1 e Df.

As diferentes prevalências de atopia encontradas nas consultas instaladas em Cabo Verde (20 a 60%), assim como as baixas prevalências de atopia nas crianças estudadas na Ilha do Sal (6%) e em São Vicente (12%), não estarão relacionadas com a ausência ou diferente exposição alérgica, pelo que, factores genéticos e infecciosos terão papel etiopatogénico preponderante. Os TC confirmam o seu papel fundamental como marcadores de atopia em epidemiologia. Mais estudos serão necessários para clarificar os resultados obtidos com as determinações de ECP nesta população não caucasiana.

REACÇÃO ANAFILÁTICA À PREDNISOLONA — Caso clínico e revisão bibliográfica

M.Almeida, C. Santa-Marta, J. Nogueira, I. Rosado-Pinto

Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa

Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. Carvoeiro - 1995

RESUMO: Os corticosteróides são vulgarmente utilizados na terapêutica das doenças inflamatórias, nomeadamente do foro alergológico; a possibilidade de constituírem agentes etiológicos de anafilaxia poderá ser considerada um paradoxo. Em número muito limitado, têm sido comunicados casos clínicos referentes a reacções de hipersensibilidade relacionados com a administração parentérica de corticóides, principalmente com a metilprednisolona e hidrocortisona, sendo referidos como factores de risco a atopia, a intolerância ao ácido acetilsalicílico, o sexo feminino e a idade adulta.

Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 9 anos, caucasiana, do sexo masculino, não atópico, com antecedentes familiares e pessoais irrelevantes, que após administração de prednisolona endovenosa (50 mg), desencadeou em poucos segundos uma reacção anafilática caracterizada por sudção profusa, palidez, urticária generalizada, hipotensão, dificuldade respiratória e perda de conhecimento. O quadro referido reverteu após a administração de adrenalina e terapêutica de suporte. Apresentam-se os resultados e respectivo valor diagnóstico dos testes cutâneos efectuados na criança e numa população controle (adultos saudáveis e crianças asmáticas). Discutem-se os eventuais mecanismos envolvidos e a conduta perante esta entidade rara.

ALERGIA ALIMENTAR NA CRIANÇA — Reacções adversas ao pêssego

M. Almeida, C. Santa-Marta, S. Prates, J. Rosado-Pinto

Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia, Lisboa

Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Carvoeiro 1995

RESUMO: Os frutos são um grupo heterogéneo de alimentos que podem estar relacionados com fenómenos alérgicos. A prevalência, assim como os determinantes antigénicos envolvidos, não estão completamente elucidados. O diagnóstico de alergia alimentar baseia-se na história clínica, eventualmente apoiada em exames auxiliares de diagnóstico (testes «in vivo» e «in vitro»), sendo confirmada pela realização de provas de evicção e de provocação em ocultação (simples ou dupla).

Os autores apresentam 3 casos clínicos referentes a crianças com idades compreendidas entre os 5 e 8 anos, 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino, sem antecedentes familiares ou pessoais de atopia, referindo quadros clínicos de urticária/ angioedema(3), dificuldade respiratória (2) e choque anafilático (2), relacionados com a ingestão de pêssego fresco ou produtos derivados. Os testes cutâneos em prick efectuados, revelaram em todas as crianças, uma dissociação entre os resultados dos extractos comercialmente disponíveis (negativos) e aqueles obtidos com o fruto fresco (fortemente positivos); os mesmos resultados têm sido referidos por outros autores. Efectuou-se a mesma bateria de testes numa população controle (sem história clínica de reacção adversa ao pêssego). As 3 crianças apresentavam níveis doseáveis de IgE específica para antígenos de pêssego (Alastat-DPC). Não se encontrou reactividade cruzada com outros alimentos testados e pólenes. O controle da sintomatologia obteve-se com medidas de evicção. Em 2 crianças prescreveu-se adrenalina para auto-administração, se ocorrer ingestão inadvertida. Discutem-se os mecanismos etiopatogénicos envolvidos.

DOIS CASOS CLÍNICOS: Abordagem psicológica

P. Reimão, I. Rosado-Pinto
Imunoalergologia, Hospital de Dona Estefânia - Lisboa
XV Reunião Anual da S.P.A.I.C.

RESUMO: Apresentação de dois casos clínicos de crianças asmáticas, com patologia do foro psicológico.

Duas crianças de 8 anos de idade, uma do sexo masculino e outra do sexo feminino, enviadas à Consulta de psicologia, por apresentarem respectivamente, uma sintomatologia de vômitos e diarreia reactivos à escola e, um quadro de enurese secundária nocturna, em consequência de uma crise grave de asma.

Ambos com asma moderada, com uma história de dois internamentos a 1.ª criança e de nenhum a segunda, embora ambas, tenham recorrido por diversas vezes ao Serviço de Urgência.

A primeira crise ocorreu aos 5 e aos 24 meses, respectivamente no rapaz e na rapariga.

Apresentação do trabalho psicoterapêutico realizado com as duas crianças ao longo de 9 e de 17 sessões, com ilustração de algum material realizado ao longo do processo psicoterapêutico.

A primeira criança já teve alta da consulta com total remissão do sintoma, enquanto a segunda se mantém ainda em regime mensal, até resolução absoluta do seu sintoma.

N. Neuparth, T. Gamboa, I. Ribeiro-Silva, J. Rosado-Pinto, B. Rendas
Departamento Universitário de Fisiopatologia, FCM (UNL)
Imunoalergologia, HDE

O volume de gás encarcerado como mecanismo de hiperinsuflação pulmonar crónica na asma da criança

RESUMO: O volume de gás encarcerado nos pulmões a montante de vias aéreas obstruídas pode ser medido, subtraindo a Capacidade Residual Funcional (FRC), medida através de espirometria por diluição de hélio, ao Volume de Gás Intratorácico (TGV) medido ao nível da FRC, através de pletismografia corporal. Em indivíduos saudáveis a diferença deveria ser zero. O objectivo deste estudo foi avaliar a hipótese que um grande volume de gás encarcerado está presente nos pulmões de crianças asmáticas com hiperinsuflação pulmonar crónica. Os volumes pulmonares foram medidos através de pletismografia corporal e de espirometria por diluição de hélio num grupo de 21 crianças asmáticas que tinham todas um $TGV \geq 130\%$ do valor teórico (hiperinsuflação pulmonar) e num grupo de 20 crianças saudáveis. TGV-FRC foi calculado para cada grupo e a média foi comparada através de um teste t de Student, em que a hipótese nula foi considerada igual ao coeficiente de variação da FRC (10%). A diferença média entre a FRC e o TGV foi de 0.235 e no grupo de controle é significativamente superior (0.825 l) no grupo com asma e hiperinsuflação. A diferença TGV-FRC correlacionou-se significativamente com o FEV1 (coeficiente de correlação de Spearman=0.57, $p=0.009$) no grupo dos asmáticos mas não no grupo de controle. Concluímos que as crianças asmáticas com asma e hiperinsuflação pulmonar crónica têm um volume de ar encarcerado nos seus pulmões, estática e fisiologicamente (mais de 0.5 l) significativos. Este ar encarcerado deve-se à obstrução brônquica e explica pelo menos em parte o aumento do Volume Residual.

PREVALÊNCIA DA ASMA INFANTIL E DA ATOPIA EM CABO VERDE (ÁFRICA): Resultados preliminares

N. Neuparth, M. Almeida, C. Santa-Marta, G. Pires, D. Lopes, C. Tavares, J. Rosado-Pinto
Imunolergologia, HDE. Hospital Batista de Sousa, Mindelo, Cabo Verde. Hospital Dr. Agostinho Neto,
Praia, Cabo Verde.

RESUMO: O objectivo deste estudo foi: 1) determinar a prevalência da asma e da atopia infantis em duas das nove ilhas da República de Cabo Verde, um arquipélago localizado no Golfo da Guiné com 350.000 habitantes e 2) determinar a concentração de ácaros domésticos (HDM) em casas seleccionadas de diferentes pontos destas ilhas. Os resultados preliminares dizem respeito a duas das nove ilhas (Sal e S. Vicente). Na ilha do Sal, 235 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos foram seleccionadas ao acaso (10% de todas as crianças em idade escolar da ilha), a quem foram aplicados um questionário padronizado (baseado nos questionários padronizados da EC e da ATS) e uma bateria de testes cutâneos em Prick. Na ilha de S. Vicente estudaram-se 588 crianças usando a mesma metodologia. A prevalência da asma actual encontrada na ilha do Sal foi de 10.6% (dos asmáticos 12% eram atópicos) e na ilha de S. Vicente foi de 7.0%, onde 37% dos asmáticos eram atópicos. A prevalência de atopia (sensibilização a pelo menos um alérgeno) encontrada na população geral das crianças foi de 6% na ilha do Sal e de 12% em S. Vicente. A baixa prevalência de atopia comparada com resultados encontrados em caucasianos e as condições climáticas locais (humidade relativa de 60% em Fevereiro a 80% em Junho; temperatura média de 21.3 °C em Fevereiro a 26.1 °C em Setembro) levaram os autores a estudar a concentração de antígenos (Derp1 e Derf1) de ácaros domésticos (HDM) usando anticorpos monoclonais (Abello-Madrid) em colchões de 25 residências seleccionadas ao acaso na ilha do Sal e em 27 residências da ilha de S. Vicente. As concentrações encontradas de Derp1 foram 12.91 µg/g no Sal e 5.14 µg/g em S. Vicente; as concentrações encontradas para o Derf1 foram de 3.08 µg/g no Sal e de 6.54 µg/g em S. Vicente. Concluímos que: 1) A asma tem uma prevalência em Cabo Verde semelhante à encontrada na maioria dos países europeus; 2) a baixa prevalência de atopia encontrada neste país não pode ser explicada pela ausência de exposição alérgénica ou por uma exposição a alérgenos diferentes dos encontrados nos países europeus.

COMPLIANCE DO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM CRIANÇAS COM ASMA E HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR SENTADOS E DEITADOS

N. Neuparth, T. Gamboa, J. Rosado-Pinto, A. Rendas
Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Ciências Médicas, UNL
Imunoalergologia, HDE

RESUMO: O objectivo deste estudo foi avaliar a adaptação do sistema respiratório a mudanças de posição corporal (sentado-deitado) em dois grupos de crianças. 21 asmáticos com uma idade média de 13.1 anos (7-18) foram comparados com um grupo de controle de 20 crianças saudáveis com uma média de idades de 12.8 anos (7-18). Todas as crianças asmáticas tinham um Volume de Gás Intratorácico $\geq 130\%$ do valor teórico (ZAPLETTAL). A compliance do sistema respiratório (Crs) medido pelo método da espirometria com pesos, de acordo com CHERNIACK & BROWN (J Appl Physiol, 1965; 20:87-91=), foi medida em ambos os grupos nas posições sentado e decúbito dorsal. A Crs sentado foi significativamente mais alta nas crianças asmáticas (0.11 ± 0.03 l.cm H_2O^{-1}) que no grupo controle (0.083 ± 0.05 l.cm H_2O^{-1} , $p=0.04$). Contudo, quando corrigido para o volume pulmonar (SCrs) ao nível do qual foi medida (FRC) não havia diferenças significativas (0.053 ± 0.024 e 0.045 ± 0.020 l.cm $H_2O^{-1}.l^{-1}$ de FRC respectivamente, NS). A compliance específica do sistema respiratório (SCrs) não se alterou no grupo de controle quando assumiu a posição de decúbito (média das diferenças entre a posição sentado e de decúbito = -0.05 l.cm $H_2O^{-1}.l^{-1}$ de FRC ou $-1.7 \pm 53.6\%$, NS) Enquanto que o grupo de asmáticos variou significativamente (média das diferenças = -0.031 l.cm $H_2O^{-1}.l^{-1}$ de FRC ou $-49.0 \pm 20.2\%$, $p=0.001$). Em conclusão o sistema respiratório de crianças asmáticas com hiperinsuflação pulmonar crónica: 1) tem tendência para ser mais distensível que o de um grupo de controle e 2) torna-se menos distensível que o de um grupo de controle quando assumem a posição de decúbito. Uma explicação possível para esta maior «rigidez» do sistema respiratório na posição deitada no grupo dos asmáticos é um maior aumento do retorno venoso intratorácico neste grupo de doentes.

DIFICULDADES NO INTERNAMENTO EM SERVIÇOS DE PEDIATRIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PATOLOGIA PSQUIÁTRICA

T. Ccpêda

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia

III Jornadas de Pedopsiquiatria do H.D.E.. Internamento em Pedopsiquiatria. Fevereiro 1995.

RESUMO: Este trabalho consiste numa reflexão sobre as dificuldades verificadas quando do internamento de crianças e adolescentes, com patologia essencialmente psiquiátrica, em serviços de pediatria. Os problemas encontrados fazem sobressair a necessidade, por todos sentida, de um serviço de internamento pedopsiquiátrico ainda inexistente na zona sul do nosso país.

Compreensivelmente, não existem nos serviços de pediatria, as condições mínimas necessárias para um internamento pedopsiquiátrico (a formação dos técnicos é inadequada, a resolução dos problemas psiquiátricos e a organização dos serviços, as características dos espaços e instalações não estão também, de forma alguma, adaptados às necessidades das crianças e adolescentes com este tipo de problemas).

As maiores dificuldades verificaram-se ao nível de:

- relação com os técnicos dos serviços
- inadequação da organização das enfermarias pediátricas
- relação com outras crianças e respectivas famílias.

Num total de 226 crianças e adolescentes internados nos serviços de pediatria do HDE, entre Janeiro 89 e Dezembro 94, por patologia essencialmente psiquiátrica, verificaram-se dificuldades marcadas em 31 casos (13,7%).

Globalmente, as dificuldades surgiram com maior frequência em casos das classes sociais IV e V de Graffar, com diagnósticos pedopsiquiátricos de maior gravidade (organização borderline e organização psicótica), existindo também mais frequentemente factores patológicos familiares.

Podemos concluir que, apesar do número de casos determinando problemas graves no internamento ser relativamente baixo, o impacto que estas situações tiveram na dinâmica do hospital foi acentuado.

Inferimos ainda a necessidade urgente de um serviço de internamento específico para casos pedopsiquiátricos.

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE INTERNAMENTO EM PEDOPSIQUIATRIA

C. Marques

Departamento de Pedopsiquiatria do HDE

III Jornadas de Pedopsiquiatria do H.D.E., Fevereiro 1995.

RESUMO: A autora faz uma avaliação das necessidades de internamento sentidas na prática clínica pelos médicos do Departamento de Pedopsiquiatria do HDE durante o período decorrente entre Janeiro de 1991 e Junho de 1993.

Objectivos: caracterização da população utente com necessidades de internamento, no sentido do futuro planeamento de cuidados de saúde eficientes e economicamente viáveis.

Material e métodos: a população em estudo é constituída pelo grupo de crianças e adolescentes entre os 0 e os 18 anos observado pelos médicos do Departamento durante o período acima referido e que estes consideraram ter indicação para internamento pedopsiquiátrico. A 1.ª fase do estudo consistiu na aplicação de um questionário aos médicos, aos quais foi solicitada a consulta do seu ficheiro clínico para uma triagem dos casos tão rigorosa e exaustiva quanto possível. Numa 2.ª fase a autora procedeu a uma recolha, a partir dos processos clínicos dos casos propostos, de vários parâmetros demográficos e clínicos.

Resultados: responderam ao inquérito 32 médicos (94% dos médicos do Departamento). Foram propostos para internamento um total de 163 casos, dos quais foi possível avaliar 149 (n=149). Destes há a salientar: a elevada incidência de adolescentes (59,2%), o predomínio do sexo masculino (57%), de famílias nucleares (51,7%), de um nível socioeconómico médio-baixo (Griffar II e IV-74,5%). Em 56,4% dos casos existe história de doença psiquiátrica nos pais, metade dos quais frequenta uma consulta de Psiquiatria Geral. Os motivos de internamento mais frequentemente invocados foram a descompensação psicótica (27,6) e os problemas de comportamento (23,5%). No diagnóstico estrutural destaca-se a Organização Psicótica, em 30,2% dos casos, enquanto que no diagnóstico nosológico pela DSM III-R prevalecem os Distúrbios de Conduta (22,8%) e as Perturbações Depressivas SOE (16,8%). Apenas 22,8% dos casos tinha recebido tratamento pedopsiquiátrico anteriormente à proposta de internamento. Em 85,2% dos casos a duração previsível do internamento seria inferior a 2 meses. A orientação alternativa dada ao internamento foi em 52,3% das situações um tratamento ambulatorial de frequência semanal ou superior. A eficácia das medidas terapêuticas alternativas, avaliada aos 2 meses, foi mínima ou nula em 55,7% e a evolução aos 6 meses foi má (18,8%) ou desconhecida (43%) na maioria das situações.

Conclusões: a autora conclui que perante os resultados acima referidos existe uma extrema necessidade de criação de uma unidade de internamento pedopsiquiátrico.

PATOLOGIA PSICOSSOMÁTICA NA CRIANÇA

I. Brito

Departamento de Pedopsiquiatria HDE

III Jornadas de Pedopsiquiatria. H.D.F.. Fevereiro 1995

RESUMO: Na 1.ª infância os problemas de âmbito psicológico inbricam-se e expressam-se preferencialmente pela via somática.

As funções corporais da criança pequena, processam-se na matriz interactiva mãe-criança e adquirem rapidamente um sentido relacional.

Neste trabalho analisam-se algumas das perturbações do sistema interactivo da díade, que podem tornar a criança vulnerável à descompensação psicossomática. Apresentam-se casos clínicos que ilustram estas perturbações.

Valoriza-se a abordagem pluridisciplinar que o hospital pediátrico possibilita, considerando-a decisiva para a evolução favorável destes casos.

A ROTURA E A LIGAÇÃO: Algumas reflexões sobre as descompensações psicóticas na adolescência

G. Maia, J. Afonso

Clínica da Juventude do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia
Congresso Europeu Adolescence. Bruxelas. Março/Abril 1995.

RESUMO: Com o objectivo de estudar os factores envolvidos nas descompensações psicóticas dos adolescentes e sua evolução, os autores efectuaram a revisão dos processos clínicos de 22 adolescentes, com a idade média de 14,2 anos, observados por eles por uma descompensação psicótica. Em 99%, tratou-se de um primeiro episódio. Um início insidioso foi observado nos casos com diagnóstico de perturbação do humor ou esquizofrenia. Este último foi o diagnóstico mais frequente (45%). Em todos os casos se encontraram factores desencadeantes, de vários tipos: perdas, separações; maus tratos e/ou abuso sexual; proximidade excessiva real ou imaginária com um dos pais; sentimento de rejeição pelos pares. O tratamento envolveu diversas abordagens: psicofarmacologia, psicoterapia, intervenção familiar, Hospital de Dia, colaboração com a escola e, em 30% dos casos, um internamento completo, só possível pela colaboração de outras instituições, mas com inconvenientes. Até ao momento, observa-se uma evolução favorável em 62% dos casos e 38% apresentam uma melhoria parcial, com deterioração e dificuldades acentuadas na reintegração social. Descreve-se um caso clínico focando as dificuldades no diagnóstico e na intervenção terapêutica. Discute-se se as falhas narcísicas graves observadas em todo este grupo os impedirá de suportar o processo do desenvolvimento na adolescência (a autonomia, a identidade e a sexualidade) o que provocaria a rotura. No tratamento e evolução clínica, sublinha-se a importância de: capacidade da família se organizar de modo a permitir a intervenção terapêutica; manter, na medida do possível, a integração social e familiar do adolescente; a função da equipa como contidora da angústia do adolescente e sua família e a necessidade de um investimento contínuo; o reforço da auto-estima do adolescente; a formulação de um projecto para a vida adaptado às capacidades do adolescente.

DA EMOÇÃO AO PENSAMENTO: O afecto no conhecer do outro

A. Coimbra-Matos

IX Simpósio de Psicopatologia Dinâmica de S. P. Psicanálise.- Um século de Psicanálise. Interfaces actuais e feições da Psicanálise. Lisboa. Maio 1995.

RESUMO: Na vida de relação, as emoções — em si e dada a sua raiz biológica e a sua ressonância somática — desempenham a importante função de primeiro analisador do desejo próprio e da intenção do outro e de orientador princeps do pedido e da resposta. O afecto, por conseguinte, qualifica a relação, rege a atitude e guia o comportamento.

A emoção é, assim, um proto-conhecimento imediato e sincrético, muito pessoal ou idiossincrásico, que administra as primeiras escolhas e tece o lastro onde despertam os pensamentos, sobretudo aqueles que nos dizem respeito, a nós e aos nossos objectos humanos. Conhecemos o outro pelos nossos sentimentos, pelo que sentimos em relação a ele — diria, através do nosso corpo libidinal e responsivo, que se expande, para melhor e mais fino conhecimento, em espírito pensante e criador.

Mas se o afecto é o cimento da relação, não fecundado pelo pensamento, leva à morte da criação: sujeito, objecto e relação dissolvem-se no afecto.

Releva-se o significado desta conceptualização para o entendimento do processo, desenvolvimento da relação e êxito da cura analítica, designadamente no plano de contratransferência — onde se articulam afecto, sonho e reflexão.

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA/PEDOPSIQUIATRIA: 6 anos de colaboração

G. Maia, T. Cepêda, A. Paixão, C. Pereira

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de D. Estefânia e Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta

X International Congress of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Utrecht, Setembro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam e avaliam o trabalho de colaboração entre o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de Dona Estefânia e o Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta desde Janeiro de 1989. Foram observadas 82 crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos. Os dados obtidos pela revisão dos processos clínicos foram divididos em vários itens:

- 1) Idade: a maioria dos casos enviados eram de crianças dos 3 aos 12 anos.
- 2) Três graus de gravidade de cardiopatia (ligeiro, moderado e grave): o número de casos em cada um destes graus de gravidade era semelhante.
- 3) Motivo do pedido de consulta: As dificuldades de aprendizagem foram o motivo mais frequente.
- 4) Diagnóstico: O diagnóstico mais frequentemente encontrado foi o de Perturbação Depressiva Não Especificada.
- 5) Correlação entre os diagnósticos e os graus de gravidade da cardiopatia: Não foi encontrada relação directa entre a gravidade da cardiopatia e da patologia pedopsiquiátrica excepto no grupo de adolescentes.
- 6) Factores patogénicos sociofamiliares: Encontravam-se presentes em 100% no grupo da 1.ª Infância e em 75% nos outros dois grupos etários.

Um dos efeitos desta colaboração foi a maior atenção que os técnicos do Serviço de Cardiologia Pediátrica passaram a ter para os problemas do foro da Pedopsiquiatria encontrados nas crianças e adolescentes com cardiopatia. As dificuldades mais importantes situaram-se ao nível da adesão ao tratamento pedopsiquiátrico proposto, na possibilidade de efectuar um follow-up das intervenções terapêuticas efectuadas e na disponibilidade exigida aos técnicos de Pedopsiquiatria para a realização destas.

DA ASSOCIAÇÃO A INTEGRAÇÃO DA PSICOTERAPIA E FARMACOTERAPIA

A. Coimbra-Matos

Congresso «Cinquentenário Hospital Sobral Cid». Coimbra. Novembro 1995

RESUMO: 1. Desde os anos 60 que defendemos e praticamos, em algumas situações clínicas, a associação de fármacos ao tratamento psicológico — sobretudo em doentes psicóticos e borderline. Como regra, executada por outro médico; mas com a condição de haver entendimento entre os dois, para evitar a clivagem. Instituímos também a necessidade da alternância de funções — a psicoterapêutica e a farmacoterapêutica —, com doentes diferentes, entre os dois psiquiatras, impedindo assim a desvalorização de um deles e/ou da sua respectiva técnica.

2. Posteriormente, ensaiamos a condução da psicoterapia e farmacoterapia pelo mesmo psiquiatra. É uma tarefa mais difícil, podendo criar complicações transfero-contratransferenciais; mas mais económica, selectiva e rigorosa. Reforça a aliança terapêutica, embora possa propiciar uma atitude de onipotência do técnico e de dependência do paciente.

3. O insight, a reelaboração e a reestruturação cognitivo-emocional — pilares da psicoterapia dinâmica — exigem um mínimo de lucidez e serenidade do paciente; para tal, um antipsicótico ou um ansiolítico bem seleccionado e doseado pode ser útil ou mesmo necessário. A impulsividade excessiva, a inibição depressiva ou a hipermetamorfose maníaca podem também indicar a prescrição de um psicotrópico.

E não se trata de uma simples associação, com potenciação recíproca, mas de integração, com inteireza do processo de ajuda.

4. Análise crítica da ortodoxia — «pureza psicoterapêutica» e tabu da utilização de medicamentos.

5. Onipotência psicoterapêutica e consequentes exageros técnicos e processuais. Virtuosiade da competência — a potência necessária e suficiente (o terapeuta não impotente nem onipotente).

6. Necessidade de não prolongar, iatrogénicamente, as psicoterapias; nem torná-las invulgarmente dolorosas. Ter presente uma adequada proporção de custos/benefícios, não abdicando porém da resolução dos problemas e da estabilidade de resultados a longo prazo.

7. Saber que não existe uma saúde psíquica ideal e pugnar por um desenvolvimento mental sustentável e sustentado.

C. Marques

Departamento de Pedopsiquiatria do HDE

II Encontro Nacional de Autismo, Novembro 1995.

RESUMO: A autora faz uma elaboração acerca da abordagem terapêutica de crianças na faixa etária da 1.ª infância com o diagnóstico de autismo, colocando particular ênfase nos seguintes pontos:

- Importância do diagnóstico e início precoce do tratamento.
- Reconhecimento da existência de défices regulatórios no processamento sensorial, os quais estariam na base das dificuldades de comunicação, em alguns casos.
- Importância de promover modalidades terapêuticas que tenham em conta a globalidade do funcionamento psíquico da criança, o impacto da perturbação na relação pais-criança e o restabelecimento do funcionamento interactivo.

São apresentados aspectos da experiência clínica com crianças do espectro autista, mediante a exposição do caso clínico de uma criança com o diagnóstico de autismo, em seguimento terapêutico pela autora.

A ARTE COMO TERAPIA

R. Falcão

Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia
IV Encontro Nacional de Pedopsiquiatria. Lisboa. 1995

RESUMO: A autora, com base na sua experiência clínica e na de cientistas de renome na área, faz uma abordagem histórica sobre a génese da criação plástica, integra-a no aparelho intra-psíquico e na dimensão suprasistémica da comunicação inter-individual, considerando-a, então, como um importante instrumento na interacção terapêutica, dado o seu «aspecto expressivo», enquanto linguagem simbólica, única e pessoal no processo de crescimento pictórico da criança. No final da comunicação foram projectados em vídeo uma sessão de grupo de 8 crianças em actividades plásticas.

URGÊNCIAS EM OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

R. Farinha

Serviço 5 ORL - Hospital D. Estefânia

Sessão de ORL do Hospital D. Estefânia, Junho de 1995

RESUMO: Neste trabalho foram abordadas as situações de urgência que podem ser observadas num serviço de urgência de Otorrinolaringologia Pediátrica, descrevendo em todas elas a etiologia, quadro clínico, tratamento e complicações.

Na patologia do ouvido, distinguiu-se a referente ao ouvido externo: otite externa difusa e furúnculos, e ao ouvido médio: mastoidite e otomídia. Foi abordada a paralisia facial periférica tão frequente no nosso serviço de urgência.

Em relação à patologia naso-sinusal, falámos de epistaxis e sinusites.

Foram descritas as amigdalites, abscessos periamigdalínicos, para-faríngeos e retro-faríngeos.

Situações graves como as epiglotites e as dispneias laringo-traqueais, também foram descritas.

Mostraram-se situações de traumatismos do rochedo, ouvido médio, pirâmide nasal e laringe assim como corpos estranhos dos CAE, fossas nasais, faringe, laringe, esófago e traqueia.

Foi apresentada a estatística da urgência de ORL do Hospital D. Estefânia, por patologia, referente ao ano de 1993.

SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

ANO DE 1993

22376 DOENTES

| | |
|-------|------------------------------------|
| 17042 | Otitis Médias Agudas |
| 2554 | Otitis Médias Agudas Supuradas |
| 311 | Otitis Externa |
| 776 | Otitis Seromucosas |
| 32 | Otorragias |
| 9 | Mastoidites Agudas |
| 12 | Traumatismos do Pavilhão |
| 89 | Traumatismos do CAE |
| 10 | Traumatismos do Tímpano |
| 45 | Traumatismos da Pirâmide Nasal |
| 12 | Furúnculos do CAE |
| 14 | Paralísias Faciais |
| 221 | Epistaxis |
| 137 | Rinofaringites |
| 3 | Imperfurações choanais |
| 32 | Sinusites |
| 743 | Amigdalites |
| 27 | Abscessos peri-amigdalinos |
| 2 | Epiglotites |
| 2 | Edemas Subglóticos |
| 27 | Laringites |
| 59 | Corpos estranhos do CAE |
| 175 | Corpos estranhos das fossas nasais |
| 42 | Corpos estranhos da Orofaringe |
| 12 | Corpos estranhos do esófago |

OBSTRUÇÃO NASAL NA CRIANÇA

B. Moreira, L. Monteiro
Serviço 5 - H. D. Estefânia
I Reunião Internacional «habitat» e alergia. Setembro 1995

RESUMO: A obstrução nasal é um sintoma frequente na criança, sendo necessária, para a sua melhor compreensão, um conhecimento prévio do desenvolvimento embriológico da pirâmide nasal, dos seios perinasais e do maciço crânio-encefálico, linhas de rotação e flexão a que estão sujeitos e deformações mais frequentes.

Após uma revisão anatómica da pirâmide nasal, fossas nasais, (esqueleto osteo - cartilágneo) seios perinasais e respectivos meatos, descrevem-se as funções do «órgão nasal», aquecimento, humificação e filtração do ar inspirado. São descritos os limites fisiológicos destas funções e estabelece-se a comparação entre as características da respiração oral e da respiração nasal (processo inato, regulado por mecanismos reflexos e utilizando menor energia). É também abordada a importância social e clínica do olfacto, sendo descritas algumas situações em que se encontra diminuído.

É analisada a incidência da obstrução nasal na criança, as complicações gerais e sistémicas que origina bem como as repercussões sobre o bem estar físico e psíquico da criança.

A obstrução nasal pode classificar-se em:

Anatómica — intrínseca (provocada por anomalias intranasais)

— extrínseca (provocada por obstáculos extranasais)

Funcional — alérgica

— infecciosa

— «outras»

Mistas

A abordagem da criança com obstrução nasal deverá ser multidisciplinar, incluindo o Pediatra, o Imunoalergologista e o Otorrinolaringologista. Dentro dos exames complementares específicos, ao alcance deste último especialista, destacam-se pela sua importância, a endoscopia (rígida e flexível) e a rinomanometria.

O tratamento da obstrução nasal da criança depende da etiologia, possui duas componentes: médica e cirúrgica.

São enumeradas algumas das técnicas cirúrgicas utilizadas na resolução da obstrução nasal em idade pediátrica (clássicas e as novas técnicas de cirurgia endoscópica e microscópica endonasal).

ZONA AURICULARIS: Duas expressões clínicas em idade pediátrica

L. Monteiro, C. Ferreira, Iurdes do Ó, M. Marques L. Gama

Hospital de Dona Estefânia.

Núcleo Iconográfico - HDE

Reunião Anual da Associação Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-facial. Coimbra.

Dezembro 1995.

RESUMO: A Zona Auricularis é uma infecção herpética responsável por cerca de 4% das paralisias faciais de tipo periférico.

No entanto, este síndrome é relativamente raro em idade pediátrica, de acordo com a maioria dos autores e com a nossa própria experiência neste Hospital Pediátrico. Descrevem-se dois casos clínicos (ilustrados por múltiplas fotografias, da fase aguda e das sequelas cicatriciais), que ocorreram no período de seis meses.

Caso I — Criança do sexo feminino, 8 anos de idade, com varicela oito meses antes do internamento, surgiram vesículas muito exuberantes no canal auditivo externo, pavilhão auricular, hemiface (desenhando o trajecto do nervo mandibular) esquerdos e 2/3 anteriores da metade esquerda da língua e mucosa jugal; parésia facial periférica esquerda discreta.

No decurso do internamento ocorreu fissura profunda da língua, por traumatismo (hemianestesia do território lingual afectado).

Surgiu otite média crónica com otorreia de difícil tratamento, persistindo perfuração mesotimpânica.

A doente recuperou da parésia facial e mantém pequenas cicatrizes coloidais a nível da face.

Caso II — Criança de sexo masculino, 10 anos de idade, que 24 horas após pequeno traumatismo parieto-temporal direito, surge paralisia facial de tipo periférico ipsilateral, seguida do aparecimento, 24 horas depois, de vesículas típicas a nível do conduto auditivo externo e pavilhão auricular direitos, bem como na ponta da língua.

A electroneurografia do facial efectuada na fase aguda mostra 11% de fibras funcionantes à direita. Ao fim de 4 semanas o número de fibras funcionantes aumentou para 24%, tendo-se verificado clinicamente uma ligeira melhoria da mímica facial.

Em ambos os casos foi instituída terapêutica com Acyclovir endovenoso.

ATRESIA CHOANAL CONGÉNITA BILATERAL

C. Carvalho, I. Martins, A. Melo, V. Rebelo
Serviço 5 - ORL - Hospital de Dona Estefânia
Reunião clínica do Serviço 5

RESUMO: Apresentamos este trabalho, por ser a primeira vez que se fez o registo videográfico de uma intervenção cirúrgica realizada neste Serviço.

O vídeo mostra a resolução cirúrgica de uma atresia choanal congénita bilateral, segundo a técnica da via transpalatina e controlo pós-operatório por endoscopia.

Os meios utilizados foram, apenas uma Handycam de 08 mm e um videogravador para a montagem das imagens registadas.

CONSULTA DE ADOLESCENTES DA MATERNIDADE MAGALHÃES COUTINHO
— Revisão casuística

S. Coutinho, P. Moniz, C. Leitão, A. Nogueira, C. Silva, I. Sousa
Maternidade Magalhães Coutinho — Hospital D. Estefânia
Centro de Saúde da Pontinha. Março 1995.

RESUMO: Os autores realizaram uma revisão dos processos de primeira vez inscritos na consulta de Adolescentes da M.M.C., nos anos de 1993 e 1994, num total de 250 jovens. São descritos os motivos de consulta, características epidemiológicas, antecedentes pessoais significativos e, no grupo com vida sexual já iniciada, o comportamento sexual, a contracepção utilizada e as doenças sexualmente transmissíveis encontradas. Dos resultados obtidos salienta-se:

- Uma adesão à consulta de 80%, sendo o principal motivo de inscrição a contracepção (55%).
- 3/4 das jovens já tinham iniciado vida sexual à data da 1.ª consulta, constatando-se uma idade média de início de vida sexual de 16 anos.
- O método contraceptivo mais usado foi a pílula, sendo bem tolerado.
- Da patologia ginecológica encontrada há a referir:
 - irregularidades do ciclo menstrual em 13% dos casos
 - infecções do tracto genital inferior, sendo as mais frequentes a Candidíase Vaginal (13%), a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (10%) e isolamento de *Chlamydia trachomatis* do colo do útero (8%)
- Diagnosticaram-se ainda 2 casos de Neoplasia Intra Cervical

VIGILÂNCIA GINECOLÓGICA PÓS-GRAVIDEZ EM MULHERES SEROPOSITIVAS PARA O VIH

S. Coutinho, T. Ventura, A. Cabugucira, A. Sampaio
Maternidade Magalhães Coutinho, H. D. Estefânia
II Congresso Nacional sobre SIDA/95. Coimbra. Abril 1995.
Palavras-chave: Infecção a VIH; Contracepção; Patologia do colo.

RESUMO: O acompanhamento ginecológico é fundamental nas mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana, nomeadamente a contracepção e o despiste de patologia do colo do útero.

Nos últimos 18 meses procedeu-se à marcação de consulta de ginecologia e colposcopia pós-parto ou pós-aborto a todas as mulheres seropositivas para o VIH com internamento na MMC. Só 13 mulheres foram seguidas com pelo menos duas observações, com quatro a seis meses de intervalo entre cada.

É feita a descrição dos dados epidemiológicos, da via de transmissão e do estadio da infecção a VIH deste grupo. São caracterizados outros factores de risco para o cancro cervical, nomeadamente o comportamento sexual, o tabaco, a contracepção preconizada e outras doenças sexualmente transmissíveis detectadas. Finalmente são correlacionados os achados citológicos, colposcópicos e histológicos, constatando-se a existência de infecção a HPV subclínica do colo em 10/13 (77%) e nenhum CIN.

Das conclusões salientamos:

- população com má integração social e difícil acesso aos cuidados de saúde, 9/13 de nacionalidade africana;
- mulheres relativamente jovens (idade média de 25.7 anos), tendo 10/13 (77%) transmissão sexual do VIH e estando todas na fase assintomática da doença;
- comportamento sexual de risco para infecção a HPV, CIN e cancro cervical;
- entre os dois exames não se constatou agravamento das lesões intraepiteliais detectadas;
- a realização de colposcopia com biópsias dirigidas de forma sistemática permitiu a detecção de infecção subclínica a HPV em 77%, metodologia que aconselhamos para este grupo de risco, associada ao exame clínico e à citologia de rotina.

FACTORES DE RISCO PARA O CANCRO DA MAMA

C. Leitão, F. Sousa, F. Mahomed, O. Campos

Maternidade Magalhães Coutinho

1.º Simpósio Internacional de Imagem em Ginecologia - Obstetrícia

Estoril, Julho 1995.

Palavras-chave: Factores de risco; Cancro da mama

RESUMO: Com o objectivo de avaliar os factores de risco para o cancro da mama, os autores efectuaram um estudo comparativo entre dois grupos de 35 mulheres cada: um constituído por mulheres a quem foi detectado carcinoma da mama, na consulta de Senologia da MMC, entre 1989 e 1994; e outro, de controle, constituído por mulheres vigiadas na consulta de Ginecologia por patologia não neoplásica.

Com base na análise dos processos de consulta e num questionário, foram avaliados vários factores de risco (idade da menarca, paridade, idade do 1.º parto, amamentação, contracepção hormonal, idade da menopausa e história familiar de cancro da mama).

O cancro da mama foi a patologia com maior incidência entre os 40 e 60 anos, em mulheres com a menarca precoce e menopausa tardia, em nulíparas e primíparas, em mulheres com idade tardia do 1.º parto. A amamentação não mostrou ser factor de protecção para o cancro da mama. A história familiar de cancro da mama predominou no grupo das nossas doentes em relação ao grupo controle, parecendo existir uma predisposição genética para esta neoplasia.

Todas as nossas doentes apresentaram pelo menos um factor de risco parecendo-nos desta forma ser importante o seu conhecimento para a detecção precoce desta neoplasia, melhorando a morbilidade e mortalidade por cancro da mama.

LESÕES DO COLO A HPV (HUMAN PAPILOMA VIRUS)
— Correlação de exames diagnósticos

P. Ferreira, F. Mahomed F., O. Campos

Maternidade Magalhães Coutinho

1.º Simpósio Internacional de Imagem em Ginecologia e Obstetrícia. Julho 1995

Palavras-chave: Citologia; Colposcopia; Histologia


RESUMO: A citologia foi considerada um método ideal para despiste populacional da patologia cervico-vaginal.

Os autores efectuaram uma revisão de 100 processos, colhidos ao acaso, da Consulta de Ginecologia entre 1984 e 1994.

Foram excluídas do estudo todas as doentes com citologia cervico-vaginal e colposcopia normais.

A análise destes processos teve como objectivo a correlação citológica, colposcópica e histológica, tendo os autores concluído que:

- a citologica negativa não exclui patologia,
- a citologia com alterações é confirmada quase na totalidade por alterações colposcópicas e histológicas.



P. Ferreira, F. Mahomed, O. Campos

Maternidade Magalhães Coutinho

1.º Simpósio Internacional de Imagem em Ginecologia e Obstetria. Julho 1995

Palavras-chave: HP; Prevalência; Factores epidemiológicos; Imagem colposcópica

RESUMO: O aumento da incidência da infecção genital por papiloma virus humano (HPV) tem merecido especial atenção por protagonizar um papel de relevo na etiopatogenia das neoplasias malphigianas do tracto genital inferior da mulher.

Os autores colheram 100 processos ao acaso da Consulta de Colposcopia e analisaram a prevalência da infecção a HPV do colo.

Neste grupo avaliaram-se os vários factores epidemiológicos, e da análise dos exames colposcópicos determinaram-se as alterações mais frequentes.

CONSULTA DE COLPOSCOPIA EM JOVENS

Z. Coutinho, M. Jerónimo, N. Pires

Maternidade Magalhães Coutinho, H. D. Estefânia

1.º Simpósio Internacional de Imagem em Ginecologia e Obstetria. Estoril. Julho 1995.

Palavras-chave: Adolescentes; Infecção HPV; Colposcopia.

RESUMO: A incidência da infecção pelo HPV do tracto genital inferior parece ser maior nas jovens sexualmente activas em relação à população geral. Sendo reconhecido actualmente o papel fundamental deste tipo de infecções nos processos neoplásicos do colo do útero, os autores propuseram-se avaliar a importância da colposcopia no seu despiste num grupo etário de risco.

Realizou-se exame colposcópico a 72 jovens oriundas da consulta de Adolescentes, independentemente das alterações encontradas no exame clínico e dos dados citológicos previamente obtidos.

As idades variavam entre os 15 e os 23 anos, com uma idade média de 17,5 anos. São caracterizados os diferentes factores de risco relevantes na patogénese das lesões do colo.

Descrevem-se os resultados citológicos e colposcópicos obtidos correlacionando estes com a histologia das biópsias directas.

Dos factores de risco analisados salientamos uma idade média de início de vida sexual de 16,5 anos. A frequência de infecção pelo HPV do colo comprovada histologicamente foi de 37,5% (27 em 72), e de CIN de 4% (3 em 72). Os exames citológicos tiveram para as lesões a HPV ± CIN falsos negativos de 25,5%. A colposcopia revelou uma boa sensibilidade (95%), mas uma menor especificidade (64%) na detecção desta patologia.

Os autores constatarão a existência de uma elevada frequência de doenças sexualmente transmissíveis nomeadamente infecção pelo HPV, pelo que consideramos pertinente a realização de exame colposcópico de rotina nas adolescentes sexualmente activas.

FACTORES DE PROGNÓSTICO PARA O CANCRO DA MAMA

F. Sousa, C. Leitão, F. Mahomed, F. Marcos, O. Campos

Maternidade Magalhães Coutinho - H.D.E. - Lisboa

1.º Congresso da Sociedade Europeia de Ginecologia. Carvoeiro - Novembro 1995.

Palavras-chave: Factores de Prognóstico; Cancro da Mama.

RESUMO: Com o objectivo de avaliar os factores de prognóstico para o Cancro da Mama, os autores efectuaram um estudo de 35 casos de Carcinoma da Mama diagnosticados na Consulta de Senologia da Maternidade Magalhães Coutinho.

Com base na análise dos processos de consulta e nos dados fornecidos pelo Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de S. José, foram estudados vários Factores de Prognóstico (idade, status menstrual, tamanho tumoral, tipo histológico e grau de diferenciação, invasão ganglionar, estudo dos receptores hormonais e marcadores serológicos).

Finalmente os autores correlacionam a evolução clínica das pacientes com os referidos factores de prognóstico e concluem que estes são importantes na decisão terapêutica e no desenvolvimento de novas estratégias de actuação no cancro da mama.

INFEÇÃO A PAPILOMA VÍRUS HUMANO EM MULHERES SEROPOSITIVAS PARA O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

S. Coutinho, M. Martins, T. Ventura, A. Cabugueira, A. Sampaio

Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia

Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de S. José

3.^ª Jornadas Multidisciplinares das Doenças Sexualmente Transmitidas - Inst. Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Lisboa, Novembro 1995

RESUMO: Na consulta de Ginecologia da Maternidade Magalhães Coutinho tem sido feita uma pesquisa sistemática de lesões pelo Papiloma Vírus Humano em mulheres infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, através de exame colposcópico e biópsias dirigidas.

Foram observadas 20 mulheres nos últimos 2 anos. Descrevem-se as características epidemiológicas e os factores de risco para a infecção a H.P.V. e neoplasia cervical. A frequência de infecção pelo H.P.V. encontrada foi de 15/20 (75%), sendo apresentados os resultados da tipagem feita a partir de biópsias do colo.

**GRAVIDEZ E SEROPOSITIVIDADE PARA O VÍRUS
DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: Revisão casuística**

S. Coutinho, T. Ventura, A. Cabugueira, A. Sampaio
Maternidade Magalhães Coutinho

I Simpósio Internacional do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia / IX Reunião Clínica Anual do Serviço de Obstetrícia do H.S. João - Porto. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores propõem analisar os casos de seropositividade para o Vírus da Imunodeficiência Humana na gravidez, detectados na Maternidade Magalhães Coutinho desde 1991 até Novembro de 1995, num total de 120 mulheres.

São caracterizados alguns dados epidemiológicos, a via de transmissão da doença, a evolução da gravidez e o tipo de parto e, a taxa de transmissão vertical encontrada neste hospital.

É também descrito o protocolo actualmente utilizado na consulta e na sala de partos para estas grávidas.

OVÁRIO RESTANTE: STATUS PÓS HISTERECTOMIA

M. Jerónimo, P. Ferreira, C. Leitão, F. Mahomed, O. Campos

Maternidade Magalhães Coutinho

Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de S. José.

1.º Congresso da Sociedade Europeia de Ginecologia. Novembro 1995

Palavras-chave: Ovário; Histerectomia; Patologia

RESUMO: Com o objectivo de analisar a incidência da patologia do ovário restante em mulheres histerectomizadas, os autores realizaram um estudo prospectivo tendo seleccionado de forma aleatória uma amostra de 82 casos operados entre 1 de Janeiro de 1980 e 31 de Dezembro de 1989 por patologia benigna.

Convocaram em 1995 os 82 casos operados. Não responderam 43 (52,4%), tendo respondido 39 (47,6%).

A avaliação foi efectuada com base no interrogatório, exame ginecológico, avaliação ecográfica e estudo analítico (CA 125).

O estudo não detectou patologia em 79,5% (31 casos), detectando-se patologia exclusivamente benigna em 20,5% (8 casos).

PERFIL DE HEMOSTASE E TERAPÉUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO

F. Sousa, P. Moniz, A. Nogueira, E. Pinguicha, A. Andrade, R. Sobreira, H. Santos, I. Crespo
Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa
Serviço de Patologia Clínica - H.D. Estefânia - Lisboa
II Congresso Científico dos Hospitais Cívicos de Lisboa - Centro Cultural de Belém. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores propõem-se avaliar o perfil de hemostase em mulheres a fazer Terapêutica Hormonal de Substituição (T.H.S.) há pelo menos 4 anos e sua comparação com mulheres do mesmo grupo etário sem qualquer terapêutica.

O estudo foi efectuado em mulheres vigiadas na Consulta de Climatério da M.M.C., tendo sido excluídas as mulheres que apresentavam alterações hormonais evidentes, alterações da hemostase, alterações da função hepática e obesidade acentuada.

Foram avaliados o Índice Ponderal, a Tensão Arterial, o Perfil Lipídico (colesterol, HDL e triglicéridos) e o perfil de Hemostase (Factor VII, Fibrinogénio e Antitrombina III) em mulheres na peri e pós-menopausa sem qualquer terapêutica, e em mulheres a fazer T.H.S. há pelo menos 4 anos, tendo-se concluído que:

- O grupo com maiores alterações é o grupo dos 46-55 anos (climatério), quer com terapêutica quer sem terapêutica.

- As variações que se encontram não são de tal modo significativas que contra indiquem a T.H.S. em mulheres normais.

PERFIL DA HEMOSTASE NA MULHER COM DIFERENTES TERAPÊUTICAS HORMONAIIS DE SUBSTITUIÇÃO

P. Moniz, A. L. Nogueira, F. Sousa, E. Pinguincha, I. Crespo, A. Andrade, R. Sobreira, II. Santos
Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia
Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Dona Estefânia
II Congresso dos Hospitais Cíveis de Lisboa. Novembro 1995.

RESUMO: Neste estudo as autoras pretenderam investigar os efeitos na hemostase de dois estrogénios com duas vias de administração diferentes: 0,625 mg de estrogénios conjugados administrados oralmente; e 50 µg de estradiol administrado transdermicamente.

Os factores de coagulação avaliados foram o fibrinogénio, o factor VII e a antitrombina III.

O estudo foi efectuado em mulheres menopáusicas vigiadas nas consultas de ginecologia, endocrinologia e Climatério da MMC, tendo sido excluídas as mulheres que apresentavam alterações hormonais evidentes, alterações da hemostase, alterações da função hepática e obesidade acentuada.

É nossa opinião, após este estudo, que a terapêutica estrogénica, quer com estradiol administrado transdermicamente, quer com estrogénios conjugados administrados oralmente nas doses habituais, na mulher pós-menopáusicas, parece ter efeitos insignificantes sobre a coagulação sanguínea.

Em relação aos dois tipos de estrogénios utilizados não houve diferenças significativas no seu efeito em relação ao fibrinogénio e antitrombina III.

Em relação ao factor VII, a terapêutica transdérmica parece ter um efeito mais favorável.

CONSULTA DE MENOPAUSA DOS H. C. L.

I. Crespo, B. Pinguincha, M. Jerónimo, A. Candeias, C. Calado, M. Nunes, S. Coutinho
Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia

II Congresso dos Hospitais Cíveis de Lisboa. Centro Cultural de Belém. Novembro 1995

Palavra-chave: Menopausa; Terapêutica Hormonal de substituição; Risco Cardiovascular; Osteoporose

RESUMO: Apresentaram-se os objectivos de uma Consulta de Menopausa tendo em conta os conhecimentos actuais da etiopatogenia do Climatério e as consequências a curto, médio e longo prazo do hipotestosteronismo.

Relembrou-se a importância de uma Unidade de Climatério Hospitalar, nomeadamente no apoio interdisciplinar, na formação e na investigação, delimitando-se o seu organograma.

Fez-se uma revisão dos processos abertos na Consulta de Climatério da M.M.C., entre 1989 e 1994, inclusivé, num total de 945 mulheres.

Analysaram-se parâmetros relativos à história pessoal, ao exame objectivo e aos exames complementares de diagnóstico, no sentido de rastrear patologia ginecológica e da mama e de caracterizar os riscos cardiovascular e de osteoporose.

Apresentaram-se os produtos farmacêuticos disponíveis no mercado e os diferentes esquemas terapêuticos empregues na consulta.

Foi descrito o protocolo de vigilância da consulta, e os resultados encontrados em relação ao rastreio oncológico e às profilaxias cardiovascular e da osteoporose.

No âmbito da avaliação cardiovascular compararam-se os resultados analíticos estudados (colesterol, HDL - colesterol, triglicéridos) antes e após T.H.S., e com o uso de estrogéneos conjugados ou transdérmicos.

Em relação à profilaxia da osteoporose foi feita a comparação entre os diferentes parâmetros bioquímicos empregues e os resultados da avaliação da massa óssea de L2-L4 por densitometria óssea.

CARCINOMA DA TROMPA: Caso clínico e revisão teórica

T. Matos, M. Bernardo, M. Resende

Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia - Lisboa 1995

Reunião Clínica na Maternidade Magalhães Coutinho, Novembro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam pela sua raridade um caso clínico de Adenocarcinoma da Trompa.

Trata-se de uma mulher de 51 anos, raça branca, primípara, que recorreu à consulta externa de Ginecologia da Maternidade Magalhães Coutinho com queixas de metrorragias pouco abundantes descritas como «água de lavar carne».

Os exames imagiológicos sugeriram Tumor Sólido do Ovário.

Foi submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral e omentectomia.

A doente encontra-se actualmente em protocolo de Quimioterapia.

A propósito deste caso clínico, os autores efectuem uma revisão dos principais aspectos desta entidade cuja incidência inferior a 1% a coloca nas neoplasias malignas mais raras do tracto genital feminino.

M Silva, N Pires

Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia.

Reunião da MMC. Novembro 1995.

RESUMO: Os autores apresentam e analisam 267 propostas de conização do colo uterino, por patologia cervical benigna e maligna.

Avaliam diversos parâmetros implicados como factores de risco na neoplasia cervical.

O diagnóstico das lesões que motivaram as conizações foi realizado com base na colpocitologia, colposcopia e biópsia dirigida, apresentando os resultados destes exames.

Referem os casos que recusaram e que efectuaram conização, respectivos diagnósticos histológicos, bem como as situações em que foi proposta histerectomia.

Por último, enunciam a catamnese das 267 doentes.

AGONISTAS LH-RH — Revisão teórica e dos casos tratados numa equipa da Maternidade Magalhães Coutinho, de 1992 a 1995.

A.Ferreira, F. Sousa, O. Campos

Maternidade Magalhães Coutinho - Hospital de Dona Estefânia, Lisboa, 1995

RESUMO: Os autores efectuaram uma revisão teórica do mecanismo de acção e utilização terapêutica dos Agonistas LH-RH. Efectuaram também a revisão dos casos tratados por uma equipa da consulta de ginecologia da MMC, entre 1992 e 1995.

Foram analisados 57 processos dos quais 50 já terminaram a terapêutica e 7 ainda estão a fazer tratamento.

O Agonista LH-RH utilizado foi a Triptorelina, administrada por via intra-muscular, de 4 em 4 semanas.

Foram avaliados entre outros parâmetros, a idade das pacientes, o motivo do tratamento, a variação das dimensões uterinas e dos valores de Hemoglobina.

Concluiu-se que o tratamento com Agonistas LH-RH foi eficaz na maioria dos casos, tanto na redução das dimensões uterinas como na melhoria das condições hemodinâmicas.

EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPA DE URGÊNCIA NA SALA DE PARTOS DA MATERNIDADE MAGALHÃES COUTINHO

A.Ferreira, F. Sousa

Equipa chefiada pela Dr.ª Otilia Campos

Maternidade Magalhães Coutinho (MMC). Hospital de D. Estefânia. Lisboa 1995.

RESUMO: Os autores efectuaram o registo dos dados correspondentes aos partos ocorridos na equipa do Serviço de Urgência em que se encontravam inscritos. Desde 1992 e até ao final de 1995 foram registados vários parâmetros (idade materna, paridade, vigilância da gravidez, idade gestacional, indução e analgesia do trabalho de parto, tipo de parto, sexo, peso e I. Apgar do recém-nascido, motivo das cesarianas, morbilidade materna e perinatal). Estes parâmetros foram comparados entre si e ao longo dos 4 anos, tendo-se concluído que a maioria das grávidas tinham entre 25 e 30 anos e eram nulíparas. Cerca de 10% das grávidas não foram vigiadas. A percentagem de analgesias epidurais tem tendência para aumentar, encontrando-se perto de 20%, sendo significativamente maior o n.º de Forceps nos partos com epidural. O principal motivo das cesarianas foi a Incompatibilidade Feto-Pélvica. A morbilidade materna e peri-natal foi pouco significativa.

LAPAROSCOPIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

N. Assunção, L. Fradique, A. Fradique, F. Faustino, A. Quaresma, A. Ribeirinho, S. Carmo, A. Candeias, L. Meleiro

I Congresso Internacional de Imagem em Ginecologia e Obstetrícia. Estoril. 1995

RESUMO: Foi apresentada a experiência da equipa no campo da Laparoscopia no Serviço de Urgência.

Foram realçadas as principais indicações, nomeadamente a gravidez ectópica, a doença inflamatória pélvica, o abscesso pélvico e tubo ovário, lacerações uterinas pós manobras abortivas e complicações ováricas.

Apesar da inexistência de material adequado no Serviço de Urgência, foi realizado tratamento laparoscópico em algumas situações no Bloco Central da Maternidade, tendo por isso sido possível apresentar vídeos demonstrativos das várias indicações. Foi ainda comprovado, pela realização de «2nd look» em vários casos, a escassa formação de aderências pós operatórias, nomeadamente em situações de abscessos pélvicos.

Concluiu-se pela importância de Laparoscopia nos Serviços de Urgência de Ginecologia e pela necessidade de treino dos ginecologistas neste âmbito.

«HOME-TRAINER»: Uma maneira económica de preparar novos Laparoscopistas

A. Fradique, L. Fradique

World Congress of Gynaecological Endoscopy. Israel - Jerusalém. 1995.

4th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy. Bélgica - Bruxelas 1995

RESUMO: Objectivo: A necessidade de treinar novos laparoscopistas é uma das preocupações actuais em todo o mundo, visto este treino ser longo e caro. Criamos um «trainer» de baixo custo, não só por ser feito com materiais de utilização no dia a dia, mas também por ser fácil de montar, tornando assim possível a sua utilização quer em instituições de saúde, quer em casa. Este «trainer» permite o encurtamento da curva de aprendizagem em cirurgia laparoscópica, nomeadamente na manipulação, sutura e uso de laser.

Materiais e métodos: Os autores criam um «trainer» de laparoscopia usando uma caixa, uma vulgar câmara de vídeo portátil («Handy camera» Sony), algum equipamento «disponível» e um ponteiro laser. Com este equipamento é possível realizar exercícios de manipulação, treino de sutura endoscópica e de coordenação de movimento em laparoscopia laser.

Resultados: O resultado é um encurtamento da curva de aprendizagem e uma redução do tempo operatório, que têm como consequência uma diminuição do risco operatório para o doente. Estes resultados são obtidos com custos muito inferiores aos do uso dum «trainer» clássico.

**COMPLICAÇÕES EM LAPAROSCOPIA E SUA PROFILAXIA:
Conclusões da experiência da equipa**

A. Fradique, F. Faustino, A. Ribeirinho, S. Carmo, A. Candeias, A. Quaresma, L. Fradique, N. Assunção, L. Melciro

I Congresso Internacional de Imagem em Ginecologia e Obstetrícia. Estoril. 1995.

RESUMO: Material e métodos: Foram revistas as complicações ocorridas em mais de 400 laparoscopias efectuadas pela Equipa de Endoscopia da Maternidade Magalhães Coutinho.

Discussão: Verificou-se a existência de complicações menores, um caso de hérnia pelo orifício do trocar (trocar de 12mm), um caso de laceração da bexiga e um caso de perfuração intestinal.

Procurou-se desenvolver métodos adequados para evitar futuras complicações, que são objecto de apresentação em vídeo.

Conclusões: Verificou-se uma baixa incidência de complicações, estando estas em relação directa com a capacidade de treino do cirurgião e com o seu conhecimento dos riscos e da forma de os prevenir.

HISTEROSCOPIA OPERATÓRIA: Conclusões da experiência da equipa

A. Quaresma, S. Carmo, A. Candeias, A. Ribeirinho, F. Fuastino, A. Fradique, L. Fradique, N. Assunção, L. Meleiro

I Congresso Internacional de Imagem em Ginecologia e Obstetícia. Estoril, 1995

RESUMO: A recente proliferação das técnicas endoscópicas diagnósticas e terapêuticas, também incluiu a histeroscopia, dado o fácil acesso à cavidade uterina.

Se à timidez inicial se seguiu uma massificação da técnica com alargamento progressivo das indicações, hoje já é possível defini-las com rigor.

Os autores apresentam e analisam o movimento cirúrgico histeroscópico da sua equipa desde 1992 a Junho de 1995.

Desta análise ressalta que, para se atingirem os benefícios máximos desta técnica (curta hospitalização, rápida recuperação e manutenção da anatomia), é necessária uma curva de aprendizagem que permita rapidez e inocuidade na sua execução.

Abordam também a modificação da atitude comportamental que a introdução do ressectoscópio provocou.

Expõe-se, finalmente, o protocolo adoptado.

Esta apresentação é complementada com um pequeno vídeo.

POLÍTICA DE RESÍDUOS HOSPITALARES — Experiência do Hospital de Dona Estefânia

M. Barros, F. Carvalhais, N. Marques
Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH)
Seminário «Resíduos Hospitalares». APIH. Novembro. 1995.

RESUMO: Objectivo: Como é do conhecimento geral, os Hospitais produzem enormes quantidades de lixo. Em Janeiro de 1994, iniciou-se uma nova era no tratamento dos resíduos do HDE, isto é, selecção de resíduos na fonte e incineração dos resíduos contaminados.

O núcleo activo da CCIH programou uma acção de formação dirigida aos responsáveis dos serviços com a finalidade de melhorar o cumprimento da Política de Resíduos Hospitalares.

Material e métodos: A Política de Resíduos Hospitalares (PRH) foi feita com base nas Recomendações para a Prevenção da Infecção Hospitalar do Conselho da Europa N.º (84)20 de 25/10/84 - Ponto VI, e no Despacho 16/90 do DR n.º 192 de 21/08/1990. Foram elaboradas recomendações para triagem dos resíduos na fonte pela CCIH tendo sido aprovadas pela Administração do HDE em Janeiro de 1994. Após aprovação da PRH, a CCIH fez levantamento das condições existentes a nível de estruturas e procedimentos. Foram adquiridos diversos tipos de contentores de acordo com os diferentes resíduos, para triagem na fonte transporte e incineração. No entanto em Agosto de 1995, após alguns acidentes com o pessoal transportador dos resíduos, (consequência de acondicionamento incorrecto dos mesmos), o núcleo activo da CCIH resolveu fazer uma acção de formação dirigida a todo o pessoal hospitalar.

Conclusão: Foi possível instituir uma PRH no HDE com o apoio da Administração deste hospital. Apesar da boa adesão por parte da maioria dos trabalhadores à PRH foi necessário executar de novo acções de formação alargada, 20 meses após a implementação desta política. É preciso manter um programa de formação periódica nesta e noutras matérias relacionadas com a prevenção da Infecção Hospitalar.

CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS TRATOS: Casuística de 1993/1994

A. Duarte, M. Sobral, J. Cavaco, L. Carmona, C. Cruz, F. Santos

Reunião do Núcleo de Apoio à Família e à Criança do Hospital de Dona Estefânia

Sala de conferências do HDE — Abril 1995

Palavras-chave: Criança; Negligência; Abuso sexual; Maus tratos físicos

RESUMO: Os AA foram convidados pelo Presidente do Núcleo do Projecto de Apoio à Família e à Criança do HDE (PAFAC), Dr. J. Carapau, a fazer o levantamento de todos os casos de crianças vítimas de maus tratos, observadas no HDE nos anos de 1993/1994.

A análise retrospectiva englobou no ano de 1993 apenas os casos referenciados ao PAFAC, totalizando 19 casos. No ano de 1994 foram incluídos todos os casos observados no IIDE (PAFAC e Serviço Social) totalizando 77 crianças. Foram recolhidos diversos parâmetros, nomeadamente: sexo, raça, classe social, saneamento básico, antecedentes pessoais, a existência de crise familiar, o causador de maus tratados, sinalização ao Serviço Social, PAFAC, Tribunal de menores e respectiva orientação.

Na caracterização da forma de agressão detectou-se em 1993 um predomínio dos casos de maus tratos físicos (12), seguido da suspeita de abuso sexual (4) e negligência (3). Em 1994 foram observados 36 casos de negligência/abandono, 26 de maus tratos físicos e 15 suspeitas de abuso sexual.

Em relação à distribuição etária verificou-se um predomínio do grupo dos 6-10 anos no ano de 1993 e em 1994 foi mais frequente o grupo com menos de 1 ano, excepto nos casos de abuso sexual em que houve um predomínio de crianças dos 4 aos 6 anos. Observou-se equiparação em relação ao sexo nos diferentes grupos de maus tratos, salientando-se apenas a maior frequência do sexo feminino nos casos de suspeita de abuso sexual. As classes sociais mais desfavorecidas foram detectadas com maior frequência.

Ao avaliar o núcleo familiar verificou-se a ausência de 1 dos progenitores directo em 7/30 casos, respectivamente em 1993/1994. O causador dos maus tratos foi um familiar próximo ou conhecido da vítima sendo a mãe geralmente a causadora de abandono ou negligência e o pai, o causador de maus tratos físicos ou abuso sexual. Foi possível identificar situações de violência familiar em 10/10 casos, respectivamente em 1993/1994 e crise familiar (toxicodependência, doença, divórcio, desemprego, alcoolismo, morte) em 11/38 casos, respectivamente 1993/1994. Os sinais clínicos de maus tratos físicos são frequentes, realçando-se 31% de traumatismos cranioencefálicos. Em nenhum caso de suspeita de abuso sexual se encontraram sinais concretos do mesmo.

Quanto à orientação estabelecida, baseou-se fundamentalmente no apoio e ensinamento à família, 17/20 casos, respectivamente 1993/1994, tendo sido entregues para adopção/internamento em instituição, 4 crianças. Foram os casos de suspeita de abuso sexual que mais frequentemente deram origem a processos em Tribunal de Menores.

TUBERCULOSE INFANTIL POR IMAGENS

J. Estrada, L. Gama, G. Gomes-Costa (Núcleo de Iconografia)

RESUMO: Os A.A. apresentam uma sequência de imagens sobre Tuberculose Infantil.

Em cerca de 180 imagens são apresentados os aspectos mais frequentes das várias formas de tuberculose pulmonar, derrame pleural, tuberculose ganglionar, cutânea, articular e óssea, derrame pericárdico, disseminação broncogénica e tuberculose miliar e meningite tuberculosa.

Actividade no ano de 1995

Na sequência da actividade iniciada em Fevereiro de 1993, o Núcleo de Iconografia continuou a efectuar regularmente sessões de apresentação do material fotográfico recolhido.

Em 1995 foram efectuadas 13 sessões, num total de cerca de 2000 slides, tendo sido cedidos para fins científicos ou didácticos mais de 400 slides. Colaborou com imagens na apresentação de duas comunicações, sob a forma de Poster.

O Núcleo dispõe actualmente de um total de cerca de 5000 slides em arquivo, estando 600 digitalizados em «fotoed».

A patologia registada em 1995, corresponde essencialmente aos seguintes grupos nosológicos (classificação ICD): Doenças Infecciosas e Parasitárias 30%; Defeitos Congénitos 22.6%; Doenças Endócrinas, Nutricionais e Imunológicas 9.4%; Lesões Traumáticas 5.1%; Doenças Aparelho Respiratório 4.8% e Doenças Perinatais 4.2%.

Foi efectuada uma comunicação extra-hospitalar, no XIV Congresso de Pediatria do Hospital Distrital de Abrantes, intitulada: «Tuberculose Infantil por Imagens», a que foi atribuído o prémio para a melhor comunicação científica (Janeiro de 1995).

NÚCLEO DE ICONOGRAFIA DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA

Lista alfabética das imagens de 1995

| SLIDE N.º | TÍTULO |
|-----------|----------------------------------|
| 982 | ACIDENTE ARMA FOGO |
| 1003 | ACIDENTE VIAÇÃO - CINTO-DENTES |
| 971 | ACONDROPLASIA |
| 972 | ACONDROPLASIA-RX |
| 825 | ADENITES CERVICAIS - 2 CASOS |
| 845 | ADENOFLEIMAO CERVICAL |
| 845 | ADENOFLEIMAO CERVICAL |
| 983 | AGRESSÃO ARMA BRANCA |
| 842 | ALERGIA CUTÂNEA-IMPÉTIGO |
| 710 | AMELIA |
| 914 | ANEMIA HEMOLIT.AUTO-IMUNE |
| 824 | APÊNDICES COSTAIS-C7-RX |
| 1033 | ARTRITE CRON.JUV. - F. SISTÊMICA |
| 720 | ARTRITE JOELHO-SEPSIS |
| 721 | ARTRITE JOELHO-SEPSIS |
| 789 | ARTROGRYPOSIS MULTIPLEX CONG. |
| 1021 | ASPIRAÇÃO CORPO ESTRANHO-RX |
| 792 | ATAXIA TALANGIECTÁSIA |
| 761 | ATRESIA ANORECTAL |
| 762 | ATRESIA ANORECTAL-RX-CO |
| 758 | ATRESIA DUODENAL |
| 756 | ATRESIA DUODENAL-RX |
| 757 | ATRESIA DUODENAL-RX |
| 733 | ATRESIA VIAS BILIARES IIIa |
| 734 | ATRESIA VIAS BILIARES IIIa |
| 1016 | ATRESIA VIAS BILIARES |
| 931 | BECEGITE - SIDA |
| 744 | B.C.G. |
| 851 | BECEGITE SIDA |
| 771 | BRAQUICEFALIA |
| 866 | BRONCOGRAFIA .../ATELECTASIA |
| 703 | CARDIOPATIA CONG.-S-DOWN (RX) |
| 957 | CARDIORRESPIROGRAMA |
| 955 | CATETER ART. RADIAL |
| 856 | CAVERNOMA PORTA-CIRURGIA |
| 855 | CAVERNOMA PORTA-RX |
| 928 | CELULITE ESTAFILOCOCICA |
| 888 | CELULITE PERIORBITARIA |
| 889 | CELULITE PERIORBITARIA |
| 846 | CELULITE TORNZELO ESQ. |
| 930 | CHOQUE SEPTICO-S. DOWN |
| 745 | CLINODACTILIA COMPLETA-MÃOS |
| 769 | CMV CONGÉNITO-MICROCEFALIA |
| 770 | CMV CONGÉNITO-MICROCEFALIA |
| 763 | CONVULSÃO TÔNICA |

| | |
|------|-------------------------------------|
| 953 | CRIANÇA BATIDA (2 IRMÃOS) |
| 1002 | CRIANÇA MALTRATADA |
| 887 | DERMATITE FRAJ.DAS-CANDIDIASE |
| 1034 | DERMATOMIOSITE |
| 932 | DERMAT. FRALD. - GRAN. PERIN. -CAND |
| 833 | DERMITE ATÓPICA |
| 845 | DESIDRATAÇÃO LETAL |
| 836 | DESIDRATAÇÃO LETAL |
| 834 | DESIDRATAÇÃO-CETOACIDOSE |
| 793 | DISPLASIA ECTODERM. HIPOHIDRO. |
| 859 | DISPLASIA RENAL QUISTICA |
| 862 | DISPLASIA RENAL QUISTICA-CIR |
| 861 | DISPLASIA RENAL QUISTICA-ECO |
| 860 | DISPLASIA RENAL QUISTICA-RX |
| 782 | DISTROF. MUSCUL. DUCHENE - 3 IRM. |
| 850 | D. GRANULOMATOSA CRÓNICA |
| 740 | DERMITE IMPETEGINADA |
| 834 | DESIDRATAÇÃO · CETOACIDOSE |
| 715 | DISPLASIA FIBROSA POLIOST. (RX) |
| 714 | DISPLASIA FIBROSA POLIOSTOTICA |
| 706 | DISPLASIA TANATRÓFICA |
| 979 | DISTROFIA MIOTÓNICA |
| 980 | DISTROFIA MUSCULAR CONGÉNITA |
| 999 | DISTROF. MUSCULAR - T. BECKER |
| 1000 | DISTROF. MUSCULAR - T. BECKER |
| 936 | DIVERTÍCULO AURÍCULA DT.ª |
| 1001 | DOENÇA DE STARTLE |
| 990 | DOENÇA WEBER-CHRISTIAN |
| 965 | DRENAGEM LCR-MENING. TUBERCUL. |
| 947 | D. CELIACA |
| 850 | D. DRANULOMATOSA CRÓNICA |
| 908 | D. PULMONAR CRÓNICA |
| 988 | ECZEMA DSHIDRÓTICO |
| 874 | ECZEMA HERPETICUM |
| 987 | ECZEMA NUMULAR INFECTADO |
| 960 | EDEMA CEREB. - MORTE CEREB. TAC |
| 956 | EMULSÃO LIPÍDICA PERIFÉRICA |
| 1030 | ENCEFALITE HERPÉTICA |
| 1031 | ENCEFALITE HERPÉTICA-EEG |
| 1022 | ENFISEMA LOB. SUP. DT.ª |
| 1023 | ENFISEMA LOB. SUP. DT.ª - RX |
| 1025 | ENFISEMA LOB. SUP. DT.ª - CINTIGRA. |
| 1024 | ENFISEMA LOB. SUP. DT.ª - TAC |
| 898 | ENTEROVIRUS NÃO POLIO-EXANTEMA |
| 989 | EPULIS |
| 906 | ERITEMA FIXO - ASPIRINA |
| 907 | ERITEMA NODOSO |
| 726 | ERITEMA TÓXICO (TEGRETOL) |
| 743 | ERUPÇÃO DENTÁRIA PRÉNATAL |
| 873 | ERUPÇÃO VARICELIFORME KAPOSÍ |
| 847 | ESCABIOSE INFECTADA |

| | |
|-----|-------------------------------------|
| 986 | ESCABIOSE-LESÃO TÍPICA |
| 829 | ESCARLATINA |
| 821 | ESTAFILOCOCCIA CUTÂNEA-RN |
| 926 | ESTOMATITE HERPÉTICA |
| 872 | ESTOMAT. HERP. REC. - ERIT. MULTIF. |
| 848 | ESTROFULO BOLHOSO |
| 899 | EXANTEMA GENERALIZADO |
| 897 | EXANTEMA MACULOPAPULAR ACRAL |
| 901 | EXANTEMA PETEQUIAL GENERALIZAD |
| 903 | EXANTEMA URTICARIFORME |
| 912 | EXPRETERMO 28 S - AOS 4 ANOS |
| 732 | FECALITO APENDICULAR |
| 731 | FECALITO APENDICULAR-RX |
| 937 | FENDA LABIO-PALATINA |
| 918 | FENOM. KOEBNER - A C. JUVENIL |
| 751 | FIBROSE QUISTICA-RX |
| 753 | FIBROSE QUISTICA-RX |
| 991 | FISSURA PERINELA CONGÊNITA |
| 750 | FISTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA-TAC |
| 707 | FOCOMELIA DISTAL. |
| 709 | FOCOMELIA DISTAL. |
| 708 | FOCOMELIA DISTAL (RX) |
| 804 | FOTODOSIMETRO - D.H.ANTID - RN |
| 813 | GENU RECURVATUN - RN |
| 805 | GIG-POLIMONITORIZADO-HPP-RN |
| 748 | H. DIAFRAG. MORGAGNI - (S. DOWN) |
| 749 | H. DIAFRAG. MORGAGNI - (S. DOWN) |
| 741 | HEMANGIOMA PLANO |
| 935 | HEMANGIOMAS PLANOS |
| 892 | HEMANGIOMA - NEVUS FLAMMEUS |
| 742 | HEMATOMA NARIZ-LÁBIO |
| 700 | HEMATOMAS DORSAIS-PARTO |
| 701 | HEMATOMAS DORSAIS-PARTO |
| 996 | HEMOSSIDEROSE PULMONAR |
| 997 | HEMOSSIDEROSE PULMONAR-RX |
| 998 | HEMOSSIDEROSE PULMONAR-TAC |
| 777 | HEMOSSIDEROSE PULM. IDIOPÁTICA |
| 778 | HEMOSSIDEROSE PULM. IDIOPÁT.-RX |
| 939 | HERNIA HIATO |
| 940 | HERNIA HIATO - RX |
| 854 | HERNIA HIATO-RX |
| 902 | HERPANGINA |
| 927 | HERPES GENITAL |
| 870 | HERPES I - AUTOINOCULAÇÃO |
| 869 | HERPES I - ORAL |
| 875 | HERPES II - GENITAL. |
| 884 | HERPES III - S. RAMSAY HUNT |
| 877 | HERPES III - VARICELA MUCOSAS |
| 878 | HERPES III - VARICELA QUEIMADO |
| 882 | HERPES III - ZONA DORSAL. |
| 883 | HERPES III - ZONA LOMBAR |

| | |
|------|------------------------------------|
| 881 | HERPES III - ZONA OFTÁLMICA |
| 879 | HERPES III - VARICELA EXUBERANTE |
| 876 | HERPES II - PERIANAL/CONDILOMATA |
| 885 | HERPES ZOSTER RECOR. - SIDA |
| 925 | HERPES ZOSTER (LED) |
| 886 | HERPES - ZONA OFTÁLMICA-CATARATA |
| 984 | HETEROCROMIA DA IRIS |
| 724 | HIDROCEFALIA-AMAUROSE |
| 725 | HIDROCEFALIA-AMAUROSE-TAC |
| 739 | HIPERTRICOSE FAMILIAR |
| 867 | HIPERTROFIA TIMO-RX |
| 752 | HIPOCRATISMO D.-1 ^a -Q. |
| 976 | HIPOTONIA-RN |
| 775 | HISTIOCITOSE X |
| 1032 | H. ZOOSTER AURIC. - S. RAMSAY HUNT |
| 785 | ICHTYOSIS (LIGADA AO X?) |
| 786 | ICHTYOSIS (LIGADA AO X?) |
| 699 | ILEOSTOMIA-MALNUTRIÇÃO |
| 807 | IMATURO-24 S - 610 GR. |
| 808 | IMATURO-29 S - 450 GR. |
| 809 | IMATURO-29 S - 450 GR. |
| 810 | IMATURO-FRACT. FEMUR |
| 811 | IMATURO-FRACT. FEMUR-RX |
| 954 | INFUSÃO INTRA-ÓSSEA |
| 938 | INSUF. SUPRA-RENAL |
| 921 | IRIDOCICLITE - A.C. JUVENIL |
| 916 | KAKA-AZAR |
| 917 | KALA-AZAR |
| 704 | LÁBIO LEPORINO |
| 794 | LARVA MIGRANS CUTÂNEA |
| 868 | LESÃO TRAUMÁTICA CÓRNEA |
| 788 | LEUCÉMIA-LLA-L-OSTEOARTICULAR. |
| 787 | LEUCÉMIA-LLA-L-OSTEOARTICULAR. |
| 806 | LIG-PRETERMO-34S-MÃE HIPERTENS |
| 816 | LINFEDEMA MÃOS/PÉS - S. TURNER? |
| 754 | LINFOADENOMA QUISTICO-RX |
| 755 | LINFOADENOMA QUISTICO-RX-TAC |
| 924 | LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO |
| 961 | MALÁRIA CEREBRAL |
| 962 | MALÁRIA CEREBRAL - ERITRÓCITOS |
| 727 | MALF COMPLEXA SNC |
| 730 | MALF COMPLEXA SNC |
| 728 | MALF COMPLEXA SNC-RX |
| 729 | MALF COMPLEXA SNC-RX |
| 803 | MALF SPRENGEL (B.O.R.) |
| 1010 | MÁSCARA SILASTIC |
| 722 | MENINGITE PNEUMO-HIDROCEF. AG. |
| 723 | MENINGITE PNEUMO-HIDROCEF. AG. |
| 963 | MENINGITE TUBERCULOSA |

| | |
|------|----------------------------------|
| 964 | MENINGITE TUBERCULOSA-ECO |
| 1036 | MENINGOCELO TORÁCICO |
| 747 | MESOCARDIO-MESOAPEX |
| 977 | MIASTENIA GRAVIS |
| 969 | MICROCEFALIA VERA |
| 968 | MICROCEFALIA-CMV-RN |
| 711 | MIELOMENINGOCELO |
| 863 | MIELOMENINGOCELO |
| 864 | MIELOMENINGOCELO-FRACT. FEMUR |
| 826 | MONOCUCULOSE INFECCIOSA |
| 827 | MONONUCLEOSE INFECCIOSA |
| 959 | MORTE CEREBRAL |
| 716 | MUCOLIPIDOSE II I-CELL DISEASE |
| 717 | MUCOLIPIDOSE II I-CELL DISEASE |
| 718 | MUCOLIPIDOSE II I-CELL DISEASE |
| 719 | MUCOLIPIDOSE II I-CELL DISEASE |
| 705 | NANISMO DIASTRÓFICO |
| 781 | NEUROBLASTOMA TORAX-TAC |
| 738 | NEUROBLASTOMA TORÁCICO-RX-TAC |
| 765 | NEUROCISTERCOSE |
| 766 | NEUROCISTERCOSE-TAC |
| 985 | NEVUS PAVILHÃO AURICULAR |
| 865 | OSTEOCONDROMA FEMUR |
| 712 | OSTEOGENESE IMPERFETA (I) |
| 713 | OSTEOGENESE IMPERFETA (RX) |
| 1004 | OSTEOGENESE IMPERFEITA |
| 1005 | OSTEOGENESE IMPERFEITA |
| 837 | OSTEOLISE CRÂNIO-T. EXTERNA RX |
| 838 | OSTEOLISE CRÂNIO-T-INTERNA-RX |
| 946 | OSTEOMIELITE MAXILAR INF. |
| 915 | OSTEOMIELITE-B. TALASSEMIA |
| 1006 | OSTEOMIELITE CONGÊNITA-1 |
| 1007 | OSTEOMIELITE CONGÊNITA-2 |
| 1008 | OSTEOMIELITE CONGÊNITA-3 |
| 1009 | OSTEOMIELITE CONGÊNITA-RX (3) |
| 948 | OSTEOPETROSIS CONGÊNITA |
| 949 | OSTEOPETROSIS CONGÊNITA-RX |
| 795 | OSTEOPETROSIS PRECOCE |
| 796 | OSTEOPETROSIS PRECOCE |
| 797 | OSTEOPETROSIS PRECOCE-RX |
| 798 | OSTEOPETROSIS PRECOCE-RX |
| 843 | OSTIOMIELITE UMERO-ESCARLATINA |
| 844 | OSTIOMIELITE UMERO-RX |
| 1035 | PAPULAS GOTTRON-DERMATOMIOSITE |
| 764 | PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA |
| 823 | PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA |
| 894 | PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA |
| 910 | PARALISIA III PAR-MENTING. PNEUM |
| 1011 | PAROTIDITE |
| 815 | PE BOTO-RN |
| 814 | PE BOTO-RN |

| | |
|------|---------------------------------|
| 904 | PICADA INSECTO |
| 1014 | PIODERMITE |
| 1015 | PIODERMITE |
| 820 | PNEUMONIA NEONATAL PRECOCE-RX |
| 943 | PNEUMONIA-HEMOPHILUS-RX |
| 944 | PNEUMONIA-HEMOPHILUS-DRENAGEM |
| 828 | PNEUMONIA-RX |
| 945 | PNEUMONIA-STAPHIL.-RX |
| 942 | PNEUMONIA-STREPTOCOCCUS-RX |
| 776 | PNEUMONITE-P. CARINI-SIDA-RX |
| 919 | POLIARTRITE - A.C. JUVENIL |
| 920 | POLIARTRITE - A.C. JUVENII.-RX |
| 858 | POLIPO URETRAL-RX |
| 698 | PREMATURIDADE-RN |
| 958 | PREMATURO-CARDIORRESPIROGRAMA |
| 812 | PREMATURO-PÉLVICO-1000 GR. |
| 911 | PRETERMO 28S. 630 GR. |
| 849 | PURPURA SCHONLEIN-HENOCH |
| 913 | PURPURA S. HENOCH-EDEMA PALP. |
| 933 | PYTIRIASE ALBA |
| 857 | QUISTO 2.º ARCO BRANQUIAL |
| 759 | REFLUXO VESICO-URET.-GRAU IV |
| 760 | REFLUXO VESICO-URET.-GRAU IV |
| 767 | RUBÉOLA CONG. |
| 768 | RUBÉOLA CONG-CALCIF. SNC-ECO |
| 895 | SARAMPO |
| 896 | SARAMPO HEMORRÁGICO |
| 909 | SEPSIS MENINGOCÓCICA-SEQUELAS |
| 779 | SÉPSIS MENINGOCÓCICA |
| 780 | SÉPSIS MENINGOCÓCICA |
| 950 | SEPSIS MENINGO.-SEQUELAS |
| 817 | SIFILIS CONGÉNITA-RN |
| 818 | SIFILIS CONGÉNITA-RN-RX |
| 819 | SIFILIS CONGÉNITA-RN-RX |
| 790 | S. NOONAN |
| 791 | S. ALAGILLE |
| 975 | S. ALCOÓLICO FETAL |
| 974 | S. ANGELMAN-HAPPY PUPPET |
| 773 | S. APERT-CRANIOSIN.-SINDACTILIA |
| 774 | S. APERT-CRANIOSIN.-SINDACTILIA |
| 799 | S.BRANQUIO-OTO-RENAL |
| 802 | S.BRANQUIO-OTO-RENAL-PIV |
| 801 | S.BRANQUIO-OTO-RENAL-TAC |
| 800 | S.BRANQUIO-OTO-RENAL-TIMPANOG. |
| 941 | S. CIMITARRA |
| 970 | S. CROUZON |
| 772 | S. CRUOZON-CRANIOSINOSTOSE |
| 702 | S. DOWN-CARDIOPATIA CONG. |
| 737 | S. HAND-FOOT-MOUTH |
| 831 | S. HAND-FOOT-MOUTH |
| 932 | S. HAND-FOOT-MOUTH |

| | |
|------|------------------------------------|
| 900 | S. HAND-FOOT- MOUTH |
| 840 | S. KAWASAKI |
| 839 | S. KAWASAKI |
| 951 | S. KAWASAKI |
| 841 | S. KAWASAKI (CONT.) |
| 890 | S. KAWASAKI - ESTRIAS DE BEAU |
| 735 | S. ZELLWEGER |
| 736 | S. ZELLWEGER-RX |
| 1029 | SEPSIS MENINGOC.-L.GRAVES |
| 1028 | SEPSIS MENINGOC.-L.MINIMAS |
| 950 | SEPSIS MENINGO.-SEQUELAS |
| 1019 | SIDA-PNEUMOCISTYS CARINII-RX |
| 1020 | SIDA-PNEUM. ESTAFILOCOCCICA-RX |
| 746 | SINDACTILIA PARCIAL-PFS |
| 975 | S. ALCOÓLICO FETAL |
| 1027 | S. ALCOÓLICO FETAL |
| 1017 | S. ALLAGYL-RAQUITISMO |
| 1018 | S. ALLAGYL-RATIQUISMO-RX |
| 974 | S. ANGELMAN-HAPPY PUPPET |
| 994 | S. CAVA SUP. - TERATOMA MEDIASTIN |
| 978 | S. LOWE - S. OCULO CEREBRO RENAL |
| 1026 | S. SILVER-RUSSEL. |
| 871 | S. STEVENS - JOHNSON - REACTIVAÇÃO |
| 893 | S. STURGE-WEBER |
| 929 | S. VEIA CAVA SUPERIOR |
| 981 | S. VON RECKLINGHAUSEN |
| 973 | S. X. FRAGIL |
| 995 | TERATOMA CONG. INDIF. MEDIASTINO |
| 992 | TERATOMA SACROCOCIGEO |
| 993 | TERATOMA SACROCOCIGEO-RX |
| 1013 | TINEA CAPITIS |
| 924 | TINEA CORPORIS |
| 822 | TORTICOLIS CONGENITO |
| 905 | TOXIDERMIA - TEGRETOL |
| 852 | TUBERCULOSE COMPL-LIQ. DERRAME |
| 853 | TUBERCULOSE COMPL-RX |
| 952 | TUBERCULOSE GANGLIONAR (?) |
| 783 | TUBERC. PULMONAR - 2 MESES-RX |
| 784 | TUBERC. PULMONAR-2 MESES-TAC |
| 830 | URTICÁRIA PAPULAR |
| 891 | URTICÁRIA |
| 923 | VARICELA BOLHOSA |
| 880 | VARICELA E ESCABIOS-RN |
| 922 | VARICELA-RN |
| 967 | VENTRICULITE-LISTERIA-ECO-RN |
| 966 | VENTRICULIT-SEPSIS LISTERIA-RN |
| 1012 | VESTIGIO BRANQUIAL CARTILAG. |

FIM

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 a letra inicial do 1.º nome, seguida do apelido.

Serviço/Instituição 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 -

2 - Não deverão usar-se siglas ou abreviaturas que não tenham sido previamente anunciadas após menção da palavra completa.

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 os Resumos dos trabalhos comunicados 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 previamente objecto de divulgação em reunião científica do Hospital de Dona Estefânia (Reunião clínica de Serviço ou 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
- Trabalhos premiados em 1993 -

| ÁREA DO HOSPITAL | TÍTULO | AUTORES |
|---------------------------------------|---|---|
| SERVIÇO 1 | «Newborn dyslipidemia» | J. Videira-Amaral, O. Aparício, Pedro, M. Halpern |
| SERVIÇO 2 | «Megauretero obstrutivo primário ou idiopático» - experiência da Unidade de Nefrologia. | I. Castro, J. Ferra-Sousa |
| CIRURGIA | «Nefrectomia parcial no tumor de Wilms» | A. Gentil-Martins |
| IMAGIOLOGIA | «Massa abdominal complicada» | J. Veiga-Gomes, I. Penas |
| PATOLOGIA CLÍNICA | «Avaliação da infecção nosocomial a Serratia m. a partir de dados bacteriológicos» | R. Barros, M. Ferreira |
| MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO | «Actuação do Serviço de M.F.R. no Núcleo de Spina bífida do H. D. Estefânia» | C. Loff, M. Portela |
| SERVIÇO DE URGÊNCIA | «Estrada de Marvila» - breve análise dos internamentos de S. O. Ano de 1991 | E. Soares, L. Pereira, M. Zarcos, F. Laia, A. Nurmamodo, L. Gama |
| CONSULTA EXTERNA | «Hemofilia» - casuística e panorâmica. | T. Mendonça, I. Raminhos, M. Diniz, L. Braga, G. Gomes-Costa. |
| IMUNO ALERGOLOGIA | «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. |
| PEDO PSIQUIATRIA | «Perturbações da expressão somática na criança» - revisão de 30 casos do Serviço 2 Sala 2 do H. D. Estefânia. | C. Marques, T. Cepêda |
| «Prémio especial do Anuário» | Atribuído à actividade do Núcleo Iconografia do H. D. Estefânia. | J. Estrada, L. Gama, G. Gomes-Costa |

ANUÁRIO DO HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA
- Trabalhos premiados em 1994 -

| ÁREA DO HOSPITAL | TÍTULO | AUTORES |
|---------------------------------------|--|--|
| SERVIÇO 1 | Manometria esofágica em doentes com refluxo gastro-esofágico e manifestações respiratórias. | G. Cordeiro-Ferreira, L. Espinosa |
| SERVIÇO 2 | Epilepsy in children: how optimistic should we be about treatment? | E. Calado, A. Isabel-Dias, K. Dias |
| CIRURGIA | The role of surgery in the prevention and treatment of sequelae of children's cancer therapy | A. Gentil-Martins |
| IMAGIOLOGIA | Hidronefrose complicada em lactente | I. Penas, M. Rodrigues, R. Carneiro, J. Veiga-Gomes |
| PATOLOGIA CLÍNICA | Estudo preliminar comparativo de dois sistemas automáticos de hemoculturas-BACTEC 9120 e VITAL | I. Peres, R. Barros |
| MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO | Reabilitação dos alongamentos dos membros inferiores | L. Medeiros, M. Vasconcelos, M. Cary, B. Condeço, M. Levy |
| SERVIÇO DE URGÊNCIA | Movimento assistencial numa unidade de cuidados intensivos pediátricos-análise de dois anos | J. Estrada, L. Ventura, M. Vale, J. Ramos, A. Macedo, A. Marques, D. Barata, I. Fernandes, M. Santos, R. Valente, C. Vasconcelos |
| CONSULTA EXTERNA | 1.ª consulta de pediatria médica - casuística de 1993 | G. Nogueira, F. Santos, D. Barros, L. Torre, A. Monteiro, T. Santos, J. Conde-Blanco |
| IMUNO ALERGOLOGIA | Validation of a software for TECAM 8000 for ALASTAT determinations | I. Abreu-Nogueira, C. Afonso, V. Lourciro, J. Fernandes, P. Pinto, C. Santa-Marta, M. Almeida, I. Rosado-Pinto |
| PEDO PSIQUIATRIA | Quando as ligações começam | I. Brito |
| «Prémio especial Anuário | «Jornadas do Serviço 2» | Corpo clínico do Serviço 2 do Hospital de Dona Estefânia |

